Bibliothèque numérique
medic@

Annales médico-psychologiques

n° 02. - Paris: Masson, 1912.
Cote : 90152, 1912, n° 02

BIUM

(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?90152x1912x02

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

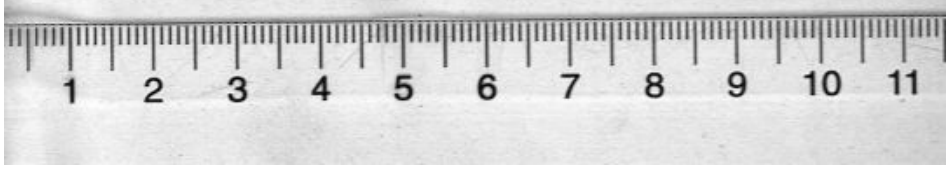
JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



©BIUM

©BIUM

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

Dr J. BAILLARGER

Médecin honoraire de la Salpêtrière, membre de l'Académie de Médecine

RÉDACTEUR EN CHEF

Dr ANT. RITTI

Médecin honoraire de la Maison nationale de Charenton.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
BIBLIOTHÈQUE

DIXIÈME SÉRIE — TOME DEUXIÈME

SOIXANTE-DIXIÈME ANNÉE

90152

PARIS

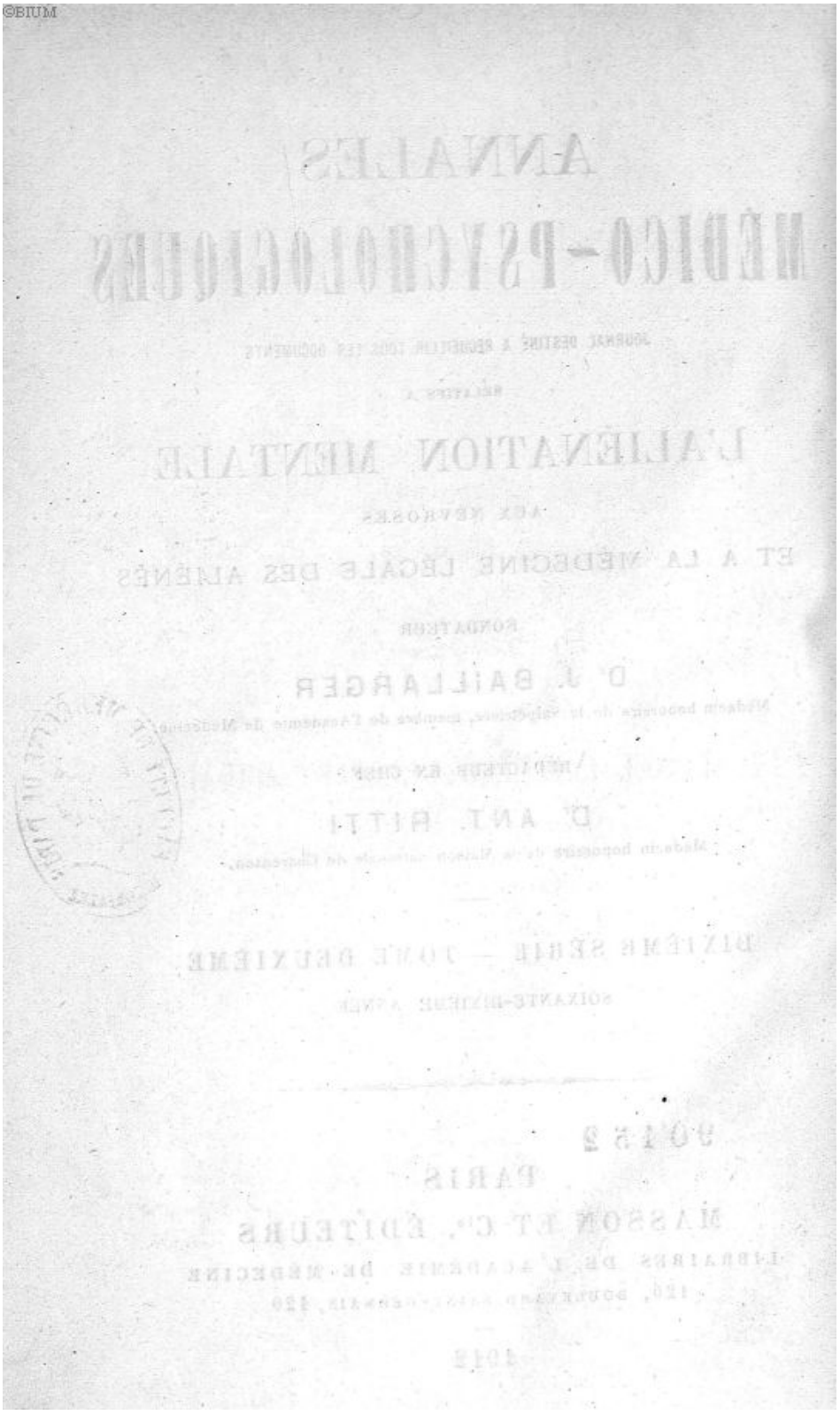
MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1912

©BIUM



©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Pathologie.

L'INVALIDITÉ INTELLECTUELLE ET MORALE

DANS LES ÉCOLES DE MONTPELLIER (1)

Par le Prof. A. MAIRET et le Dr E. GAUJOUX

de Montpellier.

(PREMIÈRE NOTE.)

ENQUÊTE NUMÉRIQUE ET QUALITATIVE

L'enquête dont nous apportons ici les résultats nous fut inspirée par le désir de rechercher l'importance numérique des invalides moraux dans les écoles, d'établir leur pourcentage et de fixer les diverses modalités de leurs anomalies.

(1) Communication à la *1re Réunion pour l'étude de l'Enfance anormale*. Lyon, 1911.

©BIUM

Nous ne pouvions cependant poursuivre une telle étude, sans déterminer en même temps l'importance relative des anomalies intellectuelles et leurs variétés. D'où le titre donné à l'ensemble de notre communication.

Notre étude analytique nous ayant permis de dégager certaines indications thérapeutiques, nous avons cru devoir envisager notre sujet dans deux notes : la première porte sur les résultats nosographiques de notre enquête ; la seconde sur les déductions médico-pédagogiques possibles.

Grâce à l'appui bienveillant de la Municipalité et de l'Inspection académique, nous avons examiné quatre groupes scolaires représentant un fidèle tableau de la population moyenne de nos écoles.

Pour étudier chacun des élèves de ces groupes, normaux et anormaux, nous avons procédé de la façon suivante :

Avertis à l'avance du but de nos recherches, directeurs ou directrices, maîtres ou maîtresses, nous présentaient individuellement les élèves de chaque classe. Pour chacun d'eux, avant tout examen, maîtres et directeurs nous signalaient les remarques qu'ils avaient pu faire et, au cours de l'examen, nous attirions à notre tour leur attention sur telle particularité qui nous frappait ; en fin de compte, examen direct et renseignements pédagogiques se complétaient. Souvent, en outre, nous avons fait intervenir la famille qui toujours, point à souligner, s'est prêtée de très bonne grâce à nos questions, certains parents mêmes nous remerciant de notre initiative.

En même temps que l'état intellectuel et moral, nous examinions aussi l'état physique, plus particulièrement en ce qui concerne les stigmates de dégénérescence. Nous ne parlerons pas de cet ordre de recherches dans

©BIUM

ce qui suit ; il nous suffira seulement de dire que, d'une manière générale, ces stigmates n'ont pas toujours été en harmonie avec les stigmates intellectuels et moraux ; fréquemment, nous les avons trouvés chez des enfants normaux au point de vue psychique, tandis qu'ils manquaient bien souvent chez des anormaux.

L'âge des écoliers que nous avons examinés va de six à quatorze ans, leur nombre est de 680 : 550 garçons et 130 filles. Nous laisserons de côté pour le moment les filles, voulant étendre davantage nos recherches à leur sujet.

Sur nos 550 garçons, 78, soit 14 p. 100, tous ne sont pas des anormaux graves, loin de là ; mais tous nous ont paru ne pas être entièrement normaux au point de vue intellectuel ou moral.

Un certain nombre d'enfants (16), soit 3 p. 100, nous ont été signalés comme des retardés au point de vue intellectuel ; mais un examen un peu approfondi nous a prouvé qu'il n'en était rien, qu'il s'agissait tout simplement de faux arriérés. Leur retard n'avait pour cause que le surpeuplement scolaire qui empêche le maître de s'occuper individuellement de ses élèves et dont nous avons pu nous-mêmes vérifier expérimentalement, pourrait-on dire, les conséquences, par la comparaison faite entre une école à petit nombre d'élèves et deux écoles surpeuplées. Dans la première (de création récente et de situation suburbaine) chaque classe ne compte pas plus de 25 élèves ; nous n'y avons rencontré aucun retardé pédagogique pur, et les maîtres, qui avaient été antérieurement dans des écoles surpeuplées, ont très nettement reconnu que cet état de choses tenait à ce qu'ils pouvaient s'occuper individuellement de chaque élève et faire rendre à chacun ce dont il était capable.

Chez les 78 écoliers à anomalies intellectuelles ou

©BIUM

morales que nous désignons, pour plus de simplicité, sous le nom d'anormaux médico-pédagogiques, nous avons observé des anomalies que nous divisons en quatre groupes suivant qu'elles portent sur l'intelligence, le caractère, la volonté ou sur l'ensemble de ces trois facultés. Nous avons rencontré tantôt une seule de ces anomalies, tantôt deux ou plusieurs d'entre elles chez un même individu, d'où les deux tableaux suivants :

TABLEAU I.

A. — *Anomalies de l'intelligence.*

- Arrêts de développement.
  - Idiotie.
  - Imbécillité.
  - Débilité.
  - Arrêt par diminution évolutive de la capacité d'acquisition.
- Déviations.
  - Défaut de fixation de l'attention.
    - Par mobilité intellectuelle pure.
    - Par mobilité intellectuelle et physique.
    - Par fatigue intellectuelle facile.
  - Défaut d'appétence intellectuelle.
    - Généralisée.
    - Spécialisée.

B. — *Anomalies morales ou du caractère.*

- Arrêts de développement.
  - Amoralité.
- Déviations.
  - Émotivité.
  - Timidité.
  - Entêtement.
  - Alternatives d'exubérance (gaieté) et de dépression (tristesse); alternes.
  - Perversions.
    - Indiscipline.
    - Mensonge.
      - Par peur de la punition.
      - Par mythomanie.
      - Par besoin de mentir.
    - Sournoiserie.
    - Colères faciles.
      - Spontanées.
      - Par réaction.
    - Méchanceté.
    - Kleptomanie.
    - Onanisme grave.
    - Brutalité.

©BIUM

C. — *Anomalies de la volonté.*

Aboulie.

D. — *Anomalies portant sur l'ensemble de l'être psychique avec ou sans association de l'être physique.*

Intelligence, sensibilité morale, volonté.

Apathie . . . { Psychique. / Psychomotrice

Instabilité . . { Psychique. / Psychomotrice.

Alternatives d'excitation et de dépression

Ces différentes anomalies sont pour la plupart très suffisamment définies par les termes mêmes sous lesquels nous les avons classées. Deux seulement veulent être expliquées, ce sont celles que nous avons désignées sous les noms d'*arrêts par diminution évolutive de la capacité d'acquisition* et de *défaut d'appétence intellectuelle.*

La première comprend des enfants, le plus petit nombre légèrement débiles, qui, jusqu'à l'âge de dix ou onze ans, se sont développés à peu près régulièrement, mais chez lesquels, à cet âge, la faculté d'acquisition diminue considérablement, si bien qu'à partir de ce moment ils piétinent pour ainsi dire sur place dans leurs études, tout en se développant au point de vue du jugement. Un directeur (M. Michel), pour les caractériser, les appelle des « pleins », des « sursaturés », expression imagée qui rend bien leur état psychique.

Le terme d'inappétents intellectuels comprend des enfants qui, normalement développés au point de vue intellectuel, manquent véritablement et tout simplement de goût pour l'étude, du désir d'apprendre, en un mot d'appétence intellectuelle. Cette anomalie est ordinairement spécialisée à telle ou telle branche de l'enseignement, très rarement généralisée à toutes ses branches.

Ajoutons, pour terminer cet exposé nosographique,

©BIUM

que nous avons volontairement éliminé du groupe de nos « invalides » les enfants mobiles ou instables par simple besoin musculaire, les *mobiles moteurs ou physiques*, et leurs opposés les *apathiques physiques purs* dont les obèses représentent le plus grand nombre.

Quoi qu'il en soit, les chiffres qui précèdent, disent suffisamment l'importance numérique des anomalies mentales retrouvées à l'examen méthodique de certaines de nos classes primaires. Répétons toutefois, pour éviter tout malentendu, qu'il n'est pas dans notre esprit de considérer tous nos enfants dits anormaux comme des arriérés graves plus ou moins gâteux, que nous avons pris cette acception dans son sens le plus large, notre enquête ayant pour but de justifier, par des chiffres et des faits indiscutables, l'opportunité de mesures thérapeutiques concernant les anomalies mentales des écoliers en général.

Si maintenant nous étudions les différentes anomalies que nous venons de dégager, non plus en elles-mêmes, mais chez nos 78 paranormaux, nous voyons que 33 d'entre eux ne présentent qu'une seule anomalie, tandis que 45 en présentent de multiples :

TABLEAU II.

Anormaux de l'intelligence.

Idiots		1
Imbéciles		2
Débiles		3
Arrêtés par diminution évolutive dans leur capacité d'acquisition		10
Mobiles de l'attention	Par mobilité intellectuelle pure	2
	Par fatigue intellectuelle facile	3
Inappétents intellectuels		4

Anormaux du caractère.

Émotifs	2
Timide	1
Indiscipliné	1
Onaniste	1

©BIUM

Impulsif kleptomane	1
Menteur	1
Alterne	1

Anormaux de la volonté.

Abouliques	2

Anormaux par anomalies multiples.

Imbéciles et apathiques	2
Imbécile et onaniste	1
Débiles et inappétents intellectuels	4
— — — et apathiques	2
— et diminués dans leur capacité évolutive d'acquisition	4
Débile, apathique et entêté	1
— et suggestionnable	1
— avec tendance au type alterne	1
— et amoral	1
— et coléreux	1
— sournois et méchant	1
— et brutal	1
Diminués dans leur capacité d'acquisition et émotif	1
— — — — et menteurs	2
— — — — et sournois	1
— — — — et coléreux	1
— — — — sournois et kleptomane	1
Défaut de fixation de l'attention avec inappétence pour l'étude	4
— — — avec émotivité	3
Apathiques psychomoteurs	2
Instables psychomoteurs	4

©BIUM

UN CAS
DE
DÉLIRE D'IMAGINATION

Par le Dr Lucien LIBERT.
Interne des asiles de la Seine.

Un grand nombre de travaux récents ont montré que la folie systématisée ne constitue pas un groupe homogène, et qu'il convient d'y distinguer de nombreuses espèces. On connaît la série de recherches qui ont abouti à ce démembrement, et qui, depuis Lasègue et son mémoire sur le *Délire de persécution*, nous ont conduits, à travers la *Folie lucide* de Trélat, la *Folie raisonnante* de J. Falret et le *Délire chronique* de Magnan, aux travaux de Sérieux et Capgras. Ces deux auteurs, en une série de publications, terminée par une remarquable monographie (1), ont isolé le *Délire d'interprétation* ou *psychose systématisée à base d'interprétations délirantes* et l'ont bien différencié du *Délire de revendication*. Plus récemment, MM. Dupré et Logre (2) ont poursuivi ce démembrement en mettant au jour les *Délires d'imagination*, et en s'évertuant à en préciser les modalités cliniques. Mais tout en revendiquant l'autonomie de cette psychose, ces derniers auteurs reconnaissent l'existence d'états limites, où le diagnostic est

(1) P. Sérieux et J. Capgras. *Les Folies raisonnantes. Le Délire d'interprétation*. Paris, Félix Alcan, 1909.
(2) Dupré et Logre. Les Délires d'imagination (*L'Encéphale*, mars à mai 1911).

©BIUM

presque impossible entre le délire d'interprétation et le délire d'imagination, et où il est particulièrement délicat de délimiter ce qui revient à l'une ou à l'autre de ces psychoses.

Le cas que nous publions aujourd'hui nous semble, précisément, comporter quelques difficultés de diagnostic, et, à ce point de vue seul, il mériterait d'être rapporté. Mais la longue durée d'évolution (la malade est délirante depuis plus de quarante ans) sans démence terminale, la persistance de la lucidité et de l'activité psychique l'ont également imposée à notre attention.

Il s'agit d'une malade de soixante-dix-sept ans qui présente un délire bien systématisé avec idées de persécution et de grandeur, et chez qui, à l'heure actuelle, au milieu de fabulations extraordinaires, se font jour des tendances revendicatrices.

Mme K..., âgée de soixante-dix-sept ans, entre le 13 mai 1910 à l'asile de Maison-Blanche, dans le service de M. le Dr Trénel.

Affable, intelligente, communicative, elle ne cesse de protester contre son internement, mais elle ne fait aucune difficulté pour nous retracer, dans un long mémoire dont nous respectons le style, l'histoire de sa vie :

« Je suis, dit-elle, Madeleine K..., femme Louis-Napoléon Bonaparte. J'ai soixante-dix-sept ans, étant née en 1833. Mon père occupait une place en vue dans l'administration ; quelques mois après son mariage, il fut envoyé dans le Midi, où je vécus avec mes parents jusqu'en 1860, époque à laquelle j'entrai également dans l'administration.

« Dès mon plus jeune âge, j'ai été mêlée à la politique. A sept ans, Dieu m'est apparu dans la plaine de Mont-sous-Vaudrey, où nous étions en vacances chez le père et la mère du président Grévy. C'était à la fin juin, vers le soir, soudain le ciel s'assombrit ; un violent orage éclata. Je vis apparaître dans le feu du ciel une figure d'or. Je ne vis que le haut de la personne, qui me dit : « Je suis lasse des empereurs et des rois. Je veux « la République. » Ce fut la seule vision de toute ma vie. Mon père avait, pendant ses études, séjourné à Paris, chez son oncle X..., membre de l'Académie de médecine, médecin de Mme Læ-

©BIUM

titia, mère de l'Empereur. Mon oncle était impérialiste autant que le bon Dieu. Mon père, lui, était républicain convaincu. En 1848, il fut nommé représentant du peuple à Y... Il n'accepta pas pour des raisons de famille. Napoléon, qui était sorti de Ham quelques mois auparavant, vint chez mon père, qui le présenta sous sa propre responsabilité aux républicains du département. Il fut nommé député à sa place. Il arriva à Y... avec son cousin Pierre. J'avais quinze ans et trois mois. Le soir, nous jouions aux échecs; il me jura de renoncer à ses billevesées impérialistes; une fois, il s'est mis en colère parce que j'avais gagné trois parties de suite. Il était écumant et horrible à voir. Nous élaborions des projets d'avenir; il me faisait la cour, me parlait de mariage, et il s'est fiancé avec moi malgré l'opposition de papa. Mon père fit part de ces fiançailles au prince Jérôme. Quand Napoléon eut été nommé représentant du peuple à Y..., il m'épousa. Le mariage se fit en toute simplicité. Les témoins étaient pour Napoléon : Jérôme Bonaparte, le duc de Morny. Pour moi : mon grand-oncle X... et mon avoué P...

« C'était l'été; j'avais une toilette de ville en étoffe blanche. Napoléon avait apporté pour moi un voile superbe, souvenir de l'impératrice Joséphine, marqué aux quatre coins de la lettre J, puis il me couvrit de bijoux comme une sainte Vierge. Il me donna une bague où sont gravés les portraits de tous les Napoléons. Ma couronne est au grand Trianon avec une étiquette au-dessous. Nous allâmes ensuite à la cathédrale. A la sacristie, il tira de sa poche une grande quantité de reliques de tous les saints. Je lui dis : « Vous n'y pensez pas ! un jour de mariage me faire voir tant d'ossements ! » Après la messe, il roula dans le voile tous les bijoux et toutes les reliques, et, les donnant au curé, il lui dit : « Gardez tous ces bijoux et tous « ces trésors, je viendrai les reprendre. Gardez la pureté virgi- « nale de ma femme. » Maman s'est mise à rire de ma mine étonnée; je n'avais pas compris ce que c'était que la pureté virginale.

« L'après-midi, on est allé se promener en grande toilette sur le cours. Le soir, maman ne voulait pas, à cause de ma jeunesse, que le mariage fût consommé. Mon père, lui, l'a voulu et cela se fit. Pendant trois semaines, nous vécûmes ensemble; puis Napoléon alla à Vaucluse voir ses électeurs; il m'écrivit tous les quinze jours jusqu'à son mariage avec Eugénie, mais ne revint jamais. Ma mère était une fille naturelle de Napo-

©BIUM

léon Ier et de la maréchale Lefebvre, Mme Sans-Gêne ; elle était née au château de la Muette. C'est un détail qui n'était pas ignoré, et c'est la raison pour laquelle se fit mon mariage.

« Des années passèrent : en 1860, le 15 juillet, je quittai ma famille pour occuper un poste de l'administration. Mon père, au bout de quelque temps prit sa retraite, et vint me retrouver. En 1870, ma mère mourut ; moi-même j'étais très gravement malade, mon poumon gauche fut atteint et ne se cicatrisa qu'avec des soins infinis. Je pus reprendre mon service, mais en septembre arrivèrent les Prussiens. Nous nous consacrâmes entièrement aux ambulances. Les Prussiens me signifièrent d'être à leurs ordres pour leur donner tous les renseignements voulus, et cognant aux volets de la maison, ils m'obligeaient à me lever la nuit entre 11 heures et 1 heure. Une nuit, je fus saisie par le froid, j'eus la figure, la tête gelées, et depuis il m'est resté d'atroces névralgies faciales. Le jeudi, encadrée de quatre Prussiens, j'allais leur servir d'interprète sur le marché du pays. Pendant ce temps, au risque de sa vie, mon père allait porter à Chartres des renseignements pour le gouvernement de Tours. Je pansais, dans le bureau, les plaies légères aux bras et aux jambes. La vie était des plus dures : il nous fallait encore cacher notre jument dans le cabinet de mon père. Que de fois je me suis disputée avec les Prussiens ! moi seule parvenais à leur faire faire toutes mes volontés !

« Je restai malade et affaiblie, tout à fait incapable de reprendre aucun service. J'avais presque complètement perdu la mémoire. Mon père se dévoua encore, et, estimant un changement d'air nécessaire, il accepta un modeste emploi dans un petit chef-lieu de canton environné par les bois. Peu à peu, je revins à la vie ; en 1874, alors que je remplaçais mon père, malade, dans ses fonctions, je fus victime d'un ignoble attentat de la part du fils d'un châtelain voisin. Avec l'aide de son cocher et de son valet de pied, il me viola ; je me débattis, je rendis les coups avec la dernière énergie, je luttai jusqu'à ce qu'un garde forestier, par son arrivée, les mit en fuite. Il me donna à boire, ferma la porte, me laissa seule ; mais, avec une fausse clef, bientôt le vicomte revint, accompagné d'une fille de dix-neuf ans, il entra dans la salle à manger, me prit, aphone et inerte, me traîna jusqu'au salon, et, me jetant sur le canapé, il me posséda. Il me laissa sans connaissance, aux trois quarts assommée, et se retira après avoir volé mon père. Deux hommes avaient été témoins du drame à travers une porte vitrée. Je

©BIUM

repris connaissance le lendemain à neuf heures, racontai la chose à mon père, qui ne voulut pas me croire. Les gendarmes, qui demeuraient en face chez nous, déclarèrent n'avoir rien entendu; pour le juge de paix, j'avais rêvé. Mais des amis jurèrent de me venger; Bombonnel, le tueur de panthères, fit le serment de tuer ce misérable ou d'obtenir justice. Il alla jusqu'au président de la République, qui manda le vicomte à Paris; le bandit avoua, mais comme il était le petit-fils d'un maréchal de l'Empire, il fut grâcié à condition de me verser une indemnité de 200.000 francs. Le bon Dr M... me supplia d'accepter. Mais je voulais la Cour d'assises, le crime ayant été public. Ce fut le dernier coup, je n'avais plus de mémoire, je devins incurable.

« En 1878, père tomba gravement malade; tout le monde venait le voir; un jour, le maire lui apporta une lettre et un paquet venant du château voisin; il contenait la copie de la lettre de grâce présidentielle, deux chèques, des bijoux. C'était la preuve de l'infamie et le rachat de la faute. Quelques jours après, père mourait foudroyé par une maladie de cœur. C'est du moins ce que le médecin a dit, car, pour moi, ce sont les gens du château qui l'ont fait empoisonner par la nicotine. A son lit de mort, il a reconnu la réalité du viol dont je me plaignais et il a dit : « C'est donc vrai, ma pauvre fille, qu'ils t'ont ainsi souillée! »

« Les 200.000 francs que lui avait envoyés le vicomte ont été remis aux frères C... C'est à eux que je dois tout le malheur de ma vie. Mon père ne voyait que par eux, son amitié aveugle était si grande que, malgré toute l'adoration qu'il avait pour sa fille, j'en fus la première victime. L'un était avocat. Mon père lui envoyait tout son argent et lui laissait ses rentes. Il achetait et il faisait ce qu'il voulait. Mon père avait laissé un testament où il disait qu'on trouverait après sa mort 27.000 francs chez C... Il ne nous rendit jamais rien; il garda même 12.000 francs de titres trouvés dans un tiroir.

« J'allai alors à Paris. Lorsque je fus installée en mon petit chez moi, on me donna un rendez-vous au bureau des titres de la gare de l'Ouest; là, on me remit en billets de banque 60.000 francs; cela venait sans doute de Napoléon. Je fis l'achat d'actions de l'Ouest, de titres nominatifs. J'entrai, en revenant, chez mon frère; là, C... me dit en me prenant les titres : « Je vous en donnerai les rentes. » En 1888, le Dr A..., ami de la famille et frère de C..., me remit 200.000 francs de

©BIUM

titres venant, dit-il, de mon grand-père. On me dit de les mettre en lieu sûr dans le coffre-fort du neveu de M. Grévy, président de la République. Je suivis le conseil ; mais le neveu de M. Grévy était complice de C... Je n'ai jamais rien revu, et tout cela est l'objet de mon procès en cours.

« C... me fit louer à Passy un petit pavillon avec jardin, gardé par un de ses amis; tous deux me mirent une bonne, leur complice, et en 1890, un soir, ils se jetèrent sur moi, me nouèrent les bras au dos, m'arrosèrent le bas de la jambe gauche de pétrole, et y mirent le feu. A mes cris, on dit : « Le commissaire ! » La bonne vite me dénoua, et se sauva. Je l'étais aussi, mais cruellement brûlée. Le docteur qui me soigna défendit l'entrée de ma chambre à C... « Il vous achèvera, disait-il, je sais ce qui s'est passé ! »

« C... me mangea encore 20.000 francs que m'avait envoyés pour étouffer l'affaire, une amie, morte d'un cancer du sein. Une couturière, leur complice, est morte à Belleville en 1908. Sur le point de mourir, elle s'est fait apporter le bon Dieu, et a dit, devant témoins, qu'elle avait reçu, pour se taire, 600 francs de rente sa vie durant.

« J'allai demeurer près du Jardin des Plantes. J'étais l'amie de tout le personnel du Muséum et notamment d'un M. D..., qui s'occupait de trouver un sérum contre la morsure des serpents. Il vaccina tout le monde, mais le garçon de laboratoire fut mordu et mourut à la Pitié. Ce fut un fiasco complet. Ne s'amusa-t-on pas à m'apporter, vers dix heures du soir, après avoir fait ouvrir ma porte par un serrurier voisin, un gros boa roulé dans une corbeille. Je ne sais ce qui se passa. Je perdis connaissance. Je me retrouvai sans chemise, roulée dans un couvre-pied sur mon lit. Vers minuit, la porte se rouvrit. Je sentis un poids lourd qui m'étouffait. Je voulus m'en défaire. Je poussai un cri, j'avais été fortement mordue à la joue gauche par un serpent d'odeur infecte. Je me réveillai tout à fait ; au pied de mon lit, je vis un prêtre ; à la tête, un domino noir très grand. Puis apparurent quatre ou cinq prêtres de Saint-Etienne-du-Mont. « Voici, dit l'un deux, de l'argent que je suis chargé de vous remettre ; pourquoi ne vous voit-on plus à Saint-Etienne ? Pourquoi ne communiez-vous plus ? » Alors, une vipère, enroulée sur une blanche serviette, posée sur l'édredon s'éveilla. Elle se dressa et siffla. Epouvantés, les deux hommes s'enfuirent en mon petit salon et s'y enfermèrent. Je jetai la bête à terre ; la concierge, à quatre pattes, la chercha

©BIUM

et la tua. Puis commença une comédie burlesque. Tous les locataires de la maison, en domino noir, processionnèrent dans ma chambre, y menèrent une ronde effrénée, tournant autour de la table, chantant et me jetant de l'eau. Quand ils me quittèrent à moitié évanouie, il était près d'une heure du matin. Je repris mon procès, on me refusa encore justice, bien que j'aie remis 50 francs à un avoué et 300 francs à deux avocats, 150 francs à G... et 150 francs à M... J'allai trouver le commissaire de police pour obtenir les noms des deux agents nécessaires dans mon procès. Mais l'on me fit monter en voiture cellulaire et on m'envoya à Sainte-Anne. Le certificat d'internement fut fait sans examen par le Dr M... J'avais empêché un jour de Grand Prix ce misérable de tirer sur la tribune présidentielle. Il se vengea ainsi ; du reste, il était vendu à C..., qui me vole depuis trente-trois ans. J'allai à Ville-Evrard. Mais j'écrivis à l'un de mes cousins, chef de la maison militaire du président de la République. Le directeur de l'asile me fit appeler, et me fit des excuses de la part du président Loubet. On me relâcha. Mes frères m'empêchèrent de reprendre mon procès. Dans la crainte d'un nouvel internement, je m'en allai à Bruxelles ; mais le manque de ressources m'obligea à revenir chez mon frère. Il me loua 250 francs une maison qui nous appartenait autrefois et dont il avait été dépouillé par C... Alors, en 1908, je retrouvai la feuille de dépôt au Crédit Lyonnais de 60.000 francs de titres nominatifs, et je commençai un procès civil contre C... Comme il était avocat, je fus appelé au Conseil de l'ordre, où l'on m'offrit 50.000 francs pour me dédommager; je devais en abandonner 10.000 au Conseil de l'ordre. Le chèque de 50.000 francs était signé par un cousin de C..., gros négociant de Saint-Cloud. Je refusai le chèque; j'allai au Crédit Lyonnais pour savoir si les titres y étaient encore. Il y avait quatre jours que C..., accompagné d'une dame portant mon nom, les avait fait vendre. Je fis constater mon identité. Un employé vint et dit : « Il n'y a pas cinq minutes, M. C... et sa dame étaient ici. » On fit chercher mon sosie; on ne le trouva pas. L'employé en donna le signalement : « Elle était plus grande que vous, avait des cheveux rouges et des yeux noirs. Elle était beaucoup plus jeune et avait la peau très blanche. » Il décrivit sa toilette. Bref, j'étais encore dûment volée. Vite, j'écrivis au Parquet, je portai plainte. M. H..., que je chargeai de mes droits, alla voir la femme. Elle le reçut fort aimablement; il lui dit qu'il l'avait aperçue au Crédit

©BIUM

Lyonnais. — « Oui, dit-elle, avec mon mari. J'y suis allée pour une vieille amie, Mme K... C'est C... qui lui a toujours fait ses affaires, son père et mon beau-père étaient des amis intimes. — Mais vous faisiez, je crois, une vente de titres nominatifs? et vous avez, ce me semble, signé pour elle. Savez-vous que vous êtes passible de la Cour d'assises. » Elle rit très fort, et il eut de la peine à lui faire comprendre ce qu'elle encourait. Le Parquet n'avait point agi. Les faux demeurent impunis, et la finale m'amène dans votre maison après être passée par les pires épreuves de la pauvreté. Sans feu, l'hiver, volée d'une partie de mes affaires, sans argent pour mener mes voleurs même en justice de paix. On m'interne parce que je me suis plainte à mon propriétaire de nombreux vols de lettres en une boîte commune, et parce que j'ai voulu poser à ma porte une boîte aux lettres que je venais d'acheter.

« Jamais je n'aurais pensé que le gouvernement récompenserait ainsi les innombrables services que je lui ai rendus. Je n'aurais jamais cru que l'ingratitude du gouvernement me ferait faire le récit de ma vie d'antan en un asile d'aliénés, où m'a jetée le commissaire de police de mon quartier, qui se fit acheter par ses amis C..., mes voleurs, et cela sans qu'aucune prescription de la loi sur les aliénés de 1838 fût remplie. Espérons que la loi de 1907, qui attend le vote du Sénat ne permettra plus un semblable abus de pouvoir. »

La réalité est toute autre. Jusqu'en 1870, elle a eu une existence à peu près normale. A cette dernière date (elle avait alors trente-sept ans), elle est tombée malade; on pensa à un peu d'anémie, à des troubles passagers qui se dissiperaient vite avec du repos, des voyages et un changement de climat. Mais après plusieurs années de traitement, il fallut bien reconnaître qu'elle était atteinte d'une psychose inguérissable. Un médecin aliéniste déclara alors qu'elle était atteinte du délire des grandeurs. Elle racontait déjà son mariage avec Napoléon III, et son viol par le vicomte X... En 1878, à la mort de son père, elle vint habiter Paris, et, depuis cette date, elle a déménagé au moins vingt-cinq fois, vivant seule, ne pouvant s'accorder avec personne et surtout avec les concierges. En 1902, le 3 septembre, le Préfet de police la fit interner parce qu'elle avait poursuivi, revolver au poing, les enfants de sa concierge, qui, à son avis, se moquaient d'elle. Les certificats rédigés à cette époque font mention de ses conceptions ambitieuses, de ses idées de persécution, de ses récits fantastiques. « Elle a été

©BIUM

mêlée aux affaires politiques de Président en Président de la République; à chaque installation nouvelle elle est proclamée par le Palmarès, « l'Iphigénie des Présidents, le Bon Génie de la République ». Aucun certificat ne parle d'hallucinations. Tous reconnaissent qu'elle n'a pas de « manifestations délirantes, bruyantes ou dangereuses ».

Ses réactions à cette époque sont purement épistolaires. Elle écrit au procureur pour protester contre les internements arbitraires. Ville-Evrard est rempli de malades, sains de corps et d'esprit, que l'administration garde pour les faire travailler dans l'asile. Elle vit « d'espoirs mensongers, promis pour le lendemain », s'élevant en vain contre cette séquestration arbitraire.

Elle ajoute cette phrase qui peint bien sa vie : « Vous devez me connaître un peu de vue. Je suis tant allée au Palais cette année. »

Le 9 novembre 1902, elle est mise en liberté avec le certificat suivant : « A toute son existence présenté des idées délirantes qui ont motivé son internement à l'asile. C'est une déséquilibrée qui a toujours vécu dans l'isolement, qui s'est toujours fait remarquer par une foule d'excentricités, mais qui n'a à aucun moment, ainsi que l'affirment ses frères, manifesté de tendances persécutrices ou dangereuses. Elle est affaiblie pour toujours par une affection organique du cœur. Peut être rendue à ses frères qui la réclament. »

Ce premier internement semble avoir donné une activité nouvelle à ses conceptions délirantes. Elle se croyait recherchée, pour être internée à nouveau, par tous les agents qu'elle rencontrait. Elle restait peu chez elle et elle faisait des absences de plusieurs jours. Depuis quelques années, elle s'est mis dans la tête que son père, avant de mourir, avait confié à un de ses amis, M. C..., une somme de 30 à 40.000 francs pour lui être remise après sa mort, et depuis deux ans elle le poursuit ainsi que tous les membres de sa famille de ses réclamations, adressant plaintes sur plaintes aux procureurs généraux.

Des enquêtes minutieuses que nous avons fait faire dans les pays où a résidé la malade, il résulte que si les dates et les grands traits de son existence sont exacts, il n'y a rien de vrai dans les événements qu'elle raconte et qui sont marqués au coin de la plus haute fantaisie.

Depuis 1903, elle n'a cessé d'écrire aux autorités pour leur raconter les événements les plus invraisemblables. En juin 1903, elle écrit au « ministre des Cultes » : « Les prêtres de Saint-

©BIUM

Etienne-du-Mont feignent de ne pas me connaître, bien que je fréquente la paroisse. Ce doit être à cause de la complicité de l'un d'eux dans la violation inqualifiable de domicile et la tentative de meurtre dont je fus victime en 1901.» Ou bien elle se plaint au procureur de ce que la concierge ait touché un chèque pour elle et ait fait de nombreux achats avec son argent. Un jeune homme à barbe noire qui l'a interpellée rue des Ecoles lui a raconté le fait, en lui donnant de nombreux détails. En 1904, elle a rencontré chez un brocanteur du quai de la Tournelle un prêtre qui lui a dit que son père était encore vivant. Depuis ce temps, elle affirme que son père se cache sous le nom de Jourdy et a cent et un ans.

Elle a été internée pour la seconde fois en mai 1910 parce qu'elle accusait ses voisins de la voler, de l'espionner, qu'elle était dans sa maison une cause de trouble et de désordre, et qu'elle importunait les autorités par ses réclamations et ses procès. D'une enquête du commissaire de police de Boulogne, il résulte « qu'elle menace de tuer ses voisins, qu'elle part de chez elle à cinq heures du matin, et qu'elle y rentre à minuit; qu'elle accuse une bonne de vingt-huit ans de lui avoir volé 60.000 francs, et d'être la maîtresse de son avocat ».

La malade est maintenant depuis deux ans à Maison-Blanche; elle proteste toujours contre l'arbitraire de son arrestation; et elle refait chaque jour à ses voisines le récit de sa grandeur et de sa décadence, à tel point que plusieurs malades sont convaincues qu'elles sont internées avec M^me^ Bonaparte. Elle ne se trompe jamais ni dans les événements ni dans les dates; malgré son âge la mémoire est satisfaisante, et on peut lui poser les questions sur les événements de ces dernières années, jamais on ne la trouve en flagrant délit d'ignorance.

Nous venons de la revoir après une absence de onze mois. Elle vient à nous souriante, la main tendue, et sans aucune hésitation : « Bonjour, monsieur Libert, où êtes-vous donc passé depuis le 1^er^ mai de l'an dernier que l'on ne vous a point vu dans ce quartier. Voilà deux ans le 13 mai que je suis ici. Vous rappelez-vous? C'est vous qui m'avez reçue à l'Infirmerie! La surveillante était de sortie ce jour-là. C'était M^lle^ Blanche qui était là. » Tout cela est absolument exact. Elle poursuit : « Je vais sur quatre-vingts ans. J'ai eu soixante-dix-neuf ans le 12 de février dernier. Il n'y a rien de changé depuis votre départ, sauf que je suis devenue sourde à force d'entendre crier vos folles! Deux ans chez les folles! Je vais

©BIUM

aller en justice. Mon ami, le substitut du procureur de la République à Pontoise, va me tirer de là ! »

Le récit des événements, auxquels elle prétend avoir été mêlée, ne diffère jamais quant au fond. Elle y ajoute seulement de nouveaux détails qui l'engagent alors dans de nouveaux romans où on a grand'peine à la suivre. Si elle lit un journal, cette lecture provoque des fictions nouvelles. Elle incorpore tous les événements actuels dans son affaire. Un matin, *Le Petit Parisien* parle de M. Trouillot. Elle lui écrit aussitôt. « Quand il est arrivé, dit-elle, au ministère des Colonies, il m'a fait envoyer une très belle médaille en argent pour bien me montrer qu'il m'était tout dévoué. Quand il était ministre du Commerce, il m'a fait demander d'aller le voir en ma qualité d'ancien fonctionnaire dépendant du ministère du Commerce. »

Le 27 mai 1910, elle vient à nous souriante et nous montrant les débats du procès Graby, dans son journal, elle nous dit : « Je suis bien contente de voir que les assassins de M^me^ Gouin sont condamnés, et que Graby l'est à mort. C'est lui le plus coupable. Un soir, il m'a abordé sur l'avenue d'Italie, et il m'a dit : « Il « faut tuer les vieilles femmes riches qui n'ont pas bon cœur ! Je « tuerai la Gouin qui nous a refusé du secours. » Il a crié alors : « A mort, la Gouin ! à mort ! » Le lendemain, je l'ai dénoncé à la police. Dans cette affaire, c'est moi qui ai tout fait. Je lui avais dit : « Un soldat qui va tuer une vieille femme, c'est « ignoble ! » Il m'a dit : « On m'a commandé de le faire et je le « ferai. » Michel était derrière moi et a dit : « Il ne faut pas la « tuer, elle est plus pauvre que nous ! » Je suis allée tout raconter à l'huissier du Palais de Justice. »

Quelques semaines plus tard, elle regrette le départ du marquis del Muni de l'ambassade d'Espagne. Elle le connaît. Il lui a donné une montre. C'était après l'affaire de la rue de Rohan. Elle avait empêché M. Loubet et Alphonse XIII d'être tués par une bombe. Pour la récompenser, M. del Muni lui a mis, un soir, une montre dans un bouquet de violettes, qu'elle venait d'acheter au coin du boulevard Montparnasse et de la rue de Sèvres.

Elle a d'ailleurs été, à cause de son mariage d'autrefois, mêlée à toutes les affaires de la République dont elle est « l'Egide ». Si Casimir-Perier a démissionné, c'est parce qu'elle a su qu'il allait être tué comme Carnot et qu'elle l'a prévenu. Un jour, il l'a par la suite rencontrée devant le Musée Guimet.

©BIUM

Il l'a fait entrer, et lui a dit : « Combien j'ai à vous remercier ! » et il lui a donné une superbe montre que C... lui a volée avec ses titres.

Il en est ainsi chaque jour ; mais jamais elle ne fabule sur ce qu'elle a fait à l'asile ; elle sait exactement depuis quand elle est internée ; elle n'est pas désorientée dans le temps ni dans l'espace, et si parfois on peut penser qu'elle a de fausses reconnaissances, il faut bien vite reconnaître qu'ayant mal vu dans le lointain, avec ses mauvais yeux, quelqu'un qui passait, elle l'a pris pour la seule personne qu'elle attend : le procureur chargé de la remettre en liberté. Chaque jour, elle imagine des visites du procureur, de ses parents, de ses amis, visites dont on l'a tenue soigneusement écartée. Un jeudi, c'est M. A..., de la Cour de cassation, qui est venu ; elle ne l'a pas entendu, car, « sans être sourde, elle n'entend pas qui parle bas ». Un dimanche, c'est M. G..., greffier du Parquet et une vieille amie du quai Montebello. Comme M. A..., elle ne les a *ni vus ni entendus*, mais elle est sûre qu'ils sont venus et qu'ils parlaient derrière la porte. Une autre fois, c'est M. B..., un ami de la famille, qui a été reçu par la surveillante en chef ; mais lorsqu'il est venu au réfectoire, on avait pris soin de la mettre ce jour-là au haut bout de la dernière table, où elle n'a pu ni le voir ni l'entendre. Le 23 décembre, elle écrit que le Procureur est venu faire sa visite annuelle, qu'il a causé avec elle et qu'il lui a accordé sa sortie, ce qui est faux. Comme on l'interroge sur les personnes qui pourraient pendant son internement payer son loyer et s'occuper de son mobilier, elle voit dans ses questions la preuve de nouvelles menées de ses ennemis. C... la menace, par l'intermédiaire du docteur de l'asile, d'aller lui voler un régulateur auquel elle tient beaucoup. Puis revenant toujours au vol de titres dont C... s'est rendu coupable, elle écrit le 27 janvier au ministre des Finances de mettre opposition sur le paiement des intérêts de titres de rente 3 p. 100 qui lui appartiennent et *dont elle a perdu les numéros*. Elle mêle à cette affaire la veuve du neveu du président Grévy. Elle lui écrit : « Madame, votre mari a reçu, vous le savez, 200.000 francs dans son coffre-fort en 1887. Il a refusé de me les rendre. Je vous les ai réclamés déjà plusieurs fois ; je vous ai envoyé des hommes d'affaires sans aucun résultat. Madame, ne me faites pas attendre une réponse. Femme Bonaparte. »

Comme à un moment donné, on l'oblige à s'aliter parce qu'elle a des signes de myocardite, elle pense que c'est pour l'empêcher

©BIUM

de voir le juge de paix de Rosny, qui doit venir dans la maison.

Une autre fois, elle écrit au procureur de la République : « Le docteur a dit carrément que j'allais être tuée ; je viens vous demander de me sauver en me faisant partir bien vite. C'est la suite du crime qui m'a fait interner, lucide, parmi les folles. Morte la bête, morte le venin ; de vous seul, j'attends le secours. »

Au premier abord, on pourrait penser à une hallucination. Il n'en est rien. Le matin, le docteur a dit à la surveillante du quartier de détruire une portée de petits chats qui s'étaient réfugiés dans la chambre des malades. Mais, comme la malade était très attachée aux petits chats, le docteur a dit : « Portez-les à l'amphithéâtre pour qu'on les tue, et surtout n'en dites rien à la malade. »

Il s'agit donc, on le voit, d'une malade âgée aujourd'hui de soixante-dix-neuf ans, internée une première fois en 1902, et pour la seconde fois il y a deux ans, et qui présente depuis quarante-deux ans un délire bien systématisé de persécution et de grandeur, reposant sur des fabulations. Malgré la longue durée de la psychose et l'âge de la malade, on ne trouve chez M^me^ K... aucune évolution vers la démence. Ses frères, qui ne l'ont jamais perdue de vue depuis le début du délire, la trouvent absolument inchangée.

Elle est femme de Napoléon III, elle a de nombreux titres déposés dans des sociétés de crédit, les plus hauts personnages de la République ont été en rapport avec elle, et ont sollicité ses conseils. Les souverains eux-mêmes, directement, ou par l'intermédiaire de leurs ambassadeurs, ont contracté à son égard des dettes de reconnaissance. Voilà pour les conceptions ambitieuses qui autrefois se firent jour les premières. Mais, tant de grandeur ne va pas sans quelques ennuis, et, à cause de son rang et de sa fortune, M^me^ K... est en butte aux persécutions des frères C..., qui l'ont dépouillée de sa fortune, qui ont à plusieurs reprises essayé de la faire

©BIUM

périr, qui ont envoyé dans les banques, de fausses Mme K... toucher des arrérages de rente, qui ont acheté ses voisins, ses concierges, le Docteur de l'asile clinique, celui de l'asile de Maison-Blanche, et le commissaire de police de Boulogne, et qui essaient de la « faire folle » dans une maison de démentes. Ils achètent même les malades pour mentir. C'est tout à fait complet! Tous ceux qui s'opposent à sa mise en liberté, ou à la réalisation de ses projets, sont des créatures dévouées aux deux misérables C... La malade ne fait qu'englober chaque jour dans son délire de nouvelles personnalités et de nouveaux événements. Contre ces persécuteurs, Mme C... ne reste pas inactive; malgré son grand âge, elle a gardé toute sa vigueur réactionnelle. Nous l'avons vue, revolver au poing, demander raison de leurs moqueries aux enfants de sa concierge. Contre les frères C... qui l'ont dépouillée, elle combat par des armes légales. Chez elle se sont développées de véritables tendances revendicatrices, et ces revendications portent uniquement sur les vols dont elle a été l'objet. La malade se croit femme de Napoléon III. Revendique-t-elle pour cela ses droits à la couronne? va-t-elle comme les Naundorff saisir le Parlement d'une pétition où elle fera valoir ses titres imaginaires? Non pas! Ce mariage n'est pour elle qu'un cher souvenir qu'elle garde précieusement en son cœur.

Elle n'importune pas non plus de ses réclamations les descendants (ils existent encore dans le pays) du vicomte, qui la viola. Elle ne demande pas au gouvernement le juste prix des services qu'elle a rendus à la France en protégeant M. Loubet contre la bombe de la rue de Rohan, ou M. Casimir-Perier contre un nouveau Caserio. Elle réclame uniquement aux frères C... et à Mme M... les valeurs dont elle croit avoir été dépouillée. Elle fait campagne contre le commissaire de

©BIUM

police qui l'a internée et contre le médecin qui la retient à l'asile. C'est pour rouvrir son procès contre C..., le grand voleur, qu'elle demande sa liberté. « Je ne renonce pas, dit-elle, malgré mon grand âge, aux affaires du Palais. » En sortant, je vais aller voir M. Ditte pour lui demander conseil.

Pour recouvrer sa liberté, elle met tout en œuvre : elle adresse de nombreuses plaintes aux autorités ; elle importune la presse de ses réclamations. Tout récemment, elle écrivait au rédacteur en chef d'un de nos plus grands quotidiens :

Monsieur,

Dans tous les documents compulsés par vous pour le roman : « Le coup d'État de Napoléon III », parmi ses victimes je suis, et abandonnée à mon grand âge dans la pire des prisons depuis dix-neuf mois, traitée de folle pour ce nom qui est le mien : Napoléon Bonaparte, épousée en 1848... (suit une histoire résumée de sa vie)... C'est pourquoi, lisant votre Journal, j'ai pensé, pauvre vieille victime, en mes soixante-dix-huit ans, de ce roman où j'ai vécu si douloureuse, de vous demander de m'aider à recouvrer ma liberté, d'autant que j'ai de quoi vivre, qu'il est indigne de m'avoir mise à l'Assistance publique pour être le jouet de cette maison de folles. La presse est si bonne, si généreuse à qui souffre contre toute justice, prenez intérêt à moi, et réclamez-moi vite ; c'est mon départ à obtenir au nom de Napoléon, faites cette œuvre. Sauvez-moi, Monsieur.

Ce 18 décembre 1911.

En présence du tableau clinique que nous venons de retracer, quels sont les diagnostics qu'on est en droit d'envisager ? Il ne saurait, à notre avis, être question de délire hallucinatoire chronique. L'apparition qu'elle eut à sept ans dans la plaine de Mont-sous-Vaudrey, peut être, à bon droit, en tant qu'hallucination visuelle, entachée de suspicion légitime.

Si l'on peut considérer comme troubles sensoriels l'histoire du viol, celle du serpent et de l'apparition des

©BIUM

prêtres, et aussi cette scène où les frères C..., aidés d'un complice, arrosèrent sa jambe de pétrole, il s'agit bien plutôt de véritables accès oniriques, d'un délire de rêve que d'un délire hallucinatoire chronique.

Mais au lieu de se rendre compte du caractère pathologique de ce délire, et de traverser les trois phases de réveil décrites par M. le professeur Régis (1), à savoir : la phase de certitude, la phase de doute, puis la phase d'abandon de l'erreur, Mme K..., chez qui les lacunes du sens critique sont considérables, accepte comme une réalité le rêve qui s'achève, et y trouve un nouvel élément pour son délire, une nouvelle confirmation de l'infamie de ses persécuteurs. Elle a eu depuis son entrée à l'asile un accès de délire onirique, de tous points comparable aux précédents. « Elle refuse de se faire soigner par un docteur comme il y en a un ici. Il est venu la nuit dans le dortoir, il a relevé les couvertures, il a mis son derrière sur le sien, il n'est pas rentré dans elle, mais c'est tout juste. Toutes ces dames l'ont vu et le lui ont dit. Il a eu le toupet de lui dire qu'il la ferait piquer par son serpent blanc. »

Elle avoue elle-même que lorsqu'elle a raconté l'histoire du viol à son père, ce dernier lui a dit qu'elle avait eu un étourdissement ou *un rêve*. Mme K... affirme ne pas avoir de voix, et rien dans sa manière de se comporter à l'asile n'indique qu'elle soit hallucinée. Il n'y a, à notre avis, d'hallucinations saisissables que d'une façon tout à fait épisodique, et ces hallucinations revêtent un caractère onirique.

Il ne saurait être, non plus, question de fabulation simple, de cette fabulation épisodique et variable dans son contenu. Il s'agit ici d'un délire bien systématisé,

(1) E. Régis. La Phase de réveil du délire onirique. (*L'Encéphale*, 10 mai 1905, p. 409.)

©BIUM

remontant à quarante-deux ans déjà, et qui n'a point varié depuis ni dans sa forme ni dans son contenu.

La seule question qui se pose est de savoir s'il s'agit de délire d'interprétation et plus particulièrement de la variété délire de fabulation du type Sérieux et Capgras, ou de délire d'imagination du type Dupré et Logre. La réponse n'est point aisée, et il semble bien que l'on soit ici en présence de l'une de ces associations multiples et parfois très complexes, de l'un de ces termes de transition dont parlent Dupré et Logre (1), et dont MM. Séglas et Logre ont rapporté dernièrement une belle observation (2).

Mme K... a des interprétations délirantes ; on en a vu un certain nombre au cours de l'observation qui précède. Les malades sont achetés pour mentir par les frères C... Le commissaire de police, soudoyé, l'a internée sans respecter les formes légales. La sous-surveillante qui l'empêche d'aller à la messe le dimanche est une sale juive, qui poursuit la vengeance de sa race contre les catholiques. On l'empêche d'aller à Neuilly parce qu'on a peur qu'elle crie : « Voilà la séquestrée de Maison-Blanche! » On la change de place à table de façon à éviter qu'elle ne voie certaines personnes venues, pour réclamer sa sortie. Elle a une phrase qui peint à merveille son état d'âme : « Je rapporte toujours à moi ce que j'entends crier par les autres. » Elle a aussi des interprétations *endogènes*. Elle est devenue sourde, parce qu'à son insu on a mêlé une poudre à ses aliments.

Ces interprétations ne constituent cependant chez Mme K... qu'un phénomène accessoire. Elles sont pour la plupart secondaires. C'est parce que la malade se

(1) Dupré et Logre. *Loco citato*.
(2) Séglas et Logre. Délire imaginatif de grandeur avec appoint interprétatif. (L'*Encéphale*, 1912, p. 6.)

©BIUM

croit persécutée par les frères C... qu'elle voit à l'asile tant d'ennemis. Ce sont, comme le disent MM. Séglas et Logre, des explications plutôt que des interprétations.

Mme K... ne cherche pas, par des arguments subtils et spécieux, à démontrer qu'elle fut la femme de Napoléon Bonaparte. Elle émet cette affirmation comme un fait péremptoire, et si on le met en doute, elle ne cherche pas par une longue démonstration à entraîner la conviction. Elle n'a pas vu, elle n'a pas entendu, *mais elle sait*. Elle est certaine de ce qu'elle avance, tant pis pour qui ne la croit pas. L'on ne retrouve pas chez elle la série des déductions savantes qui sont le propre de l'interprétateur. Entre le mariage avec Napoléon, les persécutions des frères C... et les aveux de Graby, il n'y a aucune liaison, aucun rapport. Il n'y a pas chez elle ce système savamment échafaudé qui est la gloire de l'interprétateur.

Toutes les fois où il nous a été possible de contrôler les faits avancés par la malade, nous avons vu que Mme K... avait procédé par invention. Comme le disent MM. Dupré et Logre : « Le point de départ de son erreur n'a pas été la notion d'un fait extérieur, exact ou inexact, source d'un raisonnement incorrect ou résultat d'une perception fausse, mais une fiction d'origine endogène, une création subjective. »

Mais cette fabulation « envahit aussi le monde extérieur, le déforme et le travestit ». (Séglas et Logre.)

Il est alors le plus souvent facile de démêler le mode de développement de la fiction imaginative.

Mme K..., qui est toujours en état d'excitation intellectuelle, recueille dans un journal un fait divers sensationnel. Elle s'y attribue un rôle, et presque toujours un rôle bienfaisant. Elle a sauvé M. Casimir-Perier d'un nouveau Caserio, le roi Alphonse XIII de la

©BIUM

bombe de la rue de Rohan. Elle se fit l'auxiliaire de la police dans l'affaire Michel et Graby. On peut donc dans « sa fabulation abondante et sans cesse renouvelée » retrouver « des faits exacts auxquels elle a ajouté des improvisations personnelles ».

« Envisagé dans sa systématisation, le délire apparaît remarquablement complexe et polymorphe. Il est composé par la juxtaposition d'un grand nombre de thèmes qui n'ont de commun que la tendance générale aux idées de grandeur et de persécution (1). » Ce sont ces dernières qui absorbent, à l'heure actuelle, presque toute l'activité psychique de la malade. Et alors que s'efface dans le lointain des souvenirs le matin d'été, où, dans la cathédrale d'Y..., elle porta le voile de Joséphine, le procès à reprendre et à poursuivre avec une ardeur toute nouvelle s'affirme comme la réalité pressante d'aujourd'hui.

Nous nous croyons donc autorisé à conclure au délire d'imagination, mais nous ferons cependant quelques réserves. La durée si longue du délire, l'absence presque complète d'observation au début de la psychose, permettent de supposer qu'on eût pu peut-être autrefois saisir une idée directrice, d'où a découlé tout le délire. Peut-être aurait-on pu obtenir quelque précision sur le processus mental qui a conduit M^me^ K... à supposer que sa mère était fille naturelle de Napoléon I^er^ et de M^me^ Sans-Gêne. Et peut-être est-ce parce qu'après quarante années la malade répète son histoire, comme une leçon apprise, que l'on ne retrouve pas les traces des interprétations qui ont servi à édifier le système délirant.

(1) Dupré et Logre. *Loco citato.*

©BIUM

Médecine légale

LE CRIME DE ROUSSILLON

ET L'ÉTAT MENTAL DE SES TROIS AUTEURS

Par le Dr S. GARNIER (de Dijon).

Dans la nuit du 13 au 14 janvier 1910, un crime audacieux, dont nous allons d'abord rapidement reconstituer les grandes lignes, était commis à Roussillon, commune située à 18 kilomètres d'Autun et où, dans un immeuble appelé « Le Château », vivaient retirés, sans enfants, M. Mor...-Raq..., ancien voyageur en tissus, et sa femme, née Elise Mar... Demeurait avec eux, à l'époque des événements, une petite-fille de huit ans appartenant à l'Assistance publique.

Vers 7 heures du soir, le jeudi 13, M. Mor... étant sorti, comme d'habitude, après son repas, pour aller fermer les portes de sa maison, pénétrait dans la grange lorsque, après s'être avancé de quelques pas, il fut tout à coup saisi, terrassé, ligoté et baillonné par des malfaiteurs apostés dans l'obscurité. A peine avait-il pu pousser un léger cri d'effroi qu'il était étourdi par des coups violents sur le crâne et à moitié asphyxié par un mouchoir brutalement enfoncé dans la gorge ; aussi demeura-t-il, dès cet instant, sans connaissance. C'est alors qu'à l'aide des clefs trouvées dans l'une des poches de M. Mor..., l'un des agresseurs, qu'on sut plus tard être son propre neveu, le nommé Ven..., descendit

©BIUM

chercher à la cave trois bouteilles de vin, pendant que ses deux complices, car ils étaient trois, demeuraient auprès de la victime étendue sans vie dans la grange, dont la porte était restée ouverte. Sur ces entrefaites, le chien de la maison, dont la niche était à proximité, ayant fait son apparition, Ven..., qui le connaissait, l'appelant de son nom, le saisit facilement avant qu'il eût aboyé, pour le passer à un de ses compagnons qui, l'étranglant aussitôt, alla le replacer ensuite dans sa niche.

Cependant, tout en consommant les trois bouteilles dont l'une, maladroitement brisée, laissa échapper une partie de son contenu, les trois malfaiteurs allaient à tour de rôle regarder du dehors à travers la fenêtre de la pièce servant de cuisine, pour observer ce qui s'y passait. Mme Mor..., bien que son mari ne fût pas rentré, n'était pas autrement inquiète, s'imaginant qu'il avait pu aller passer sa soirée chez des voisins, et s'était mise à tricoter en l'attendant. Mais, vers 9 heures, la petite fille ayant voulu se coucher et Mme Mor... continuant son tricot, Ven... jugea qu'après deux heures d'attente il était temps d'agir et prit le parti d'entrer dans la maison avec ses deux complices, dont le rôle fut préalablement fixé. L'un d'eux, afin de laisser croire à la rentrée de M. Mor..., pénétra dans le corridor, chaussé des sabots de cet homme puis, les quittant à la porte de la cuisine qu'il poussa brusquement, s'élança d'un bond sur Mme Mor... qui, assise à côté du fourneau, fut renversée en même temps qu'elle poussait un cri d'épouvante. Aidé ensuite de Ven... qui, pour étouffer les cris de la victime, avait placé sur sa figure un coussin qu'il entourait de bandelettes, il maintint Mme Mor..., en lui mettant le genou sur la poitrine, pendant que le troisième attachait sur son lit et bâillonnait la petite fille couchée. Confiant à celui-ci la surveillance des deux

©BIUM

malheureuses, dont la plus âgée recevait de lui, pour la réduire au silence, des coups de pied sur la tête et était dépouillée de son porte-monnaie, Ven... fouilla alors soigneusement la chambre à coucher du rez-de-chaussée avec son autre compagnon. Il s'emparait notamment de trois billets de banque de 100 francs et de différents bijoux, puis, chargeant ce complice de préparer de quoi manger, montait avec l'autre au premier étage, où tous deux s'emparaient de vêtements à usage d'homme. Réunis ensuite tous trois à la cuisine, ils se restauraient avec une omelette, buvaient du cidre avec des gâteaux et prenaient du café. S'étant rasés et lavé les pieds, a dit l'un d'eux, ils remontèrent ensemble au premier, où ils découvrirent une valise et des vêtements dont ils firent leur profit, afin de changer en partie ceux qu'ils portaient et dont ils firent un paquet jeté ultérieurement dans une mare. Ayant rempli la valise de ce qui était à leur convenance, Ven... et ses deux complices songèrent alors à fuir ; mais, avant de partir, rapportèrent le corps de M. Mor... de la grange dans le couloir et le laissèrent étendu à plat-ventre, la face contre terre et les pieds du côté de la porte. S'étant rendu compte que Mme Mor... et la petite fille étaient suffisamment garottées, les trois scélérats quittèrent la maison et l'un d'eux ferma la porte à clef. Il était, à ce moment, environ 1 h. 1/2 ou 2 heures du matin, et, dans le partage de l'argent volé, les deux complices de Ven... avaient reçu 120 francs chacun, dont 20 francs en or, tandis qu'il avait conservé pour sa part une somme de 180 francs.

Cependant, Mme Mor..., malgré les bâillons qui l'empêchaient de voir et de respirer, n'était pas morte. N'entendant aucun bruit insolite, elle parvint à se dégager et, se débarrassant ensuite, malgré ses mains liées, des ligatures qui lui enserraient les pieds, put

©BIUM

gagner l'étage d'où, par une fenêtre, elle appela ses voisins à son secours. C'est alors que M. Per..., accouru en hâte mais trouvant la porte fermée, brisa, pour entrer, la fenêtre de la cuisine et coupa d'abord les liens qui enserraient les mains de Mme Mor... Différentes personnes, d'ailleurs, l'alarme une fois donnée, s'étaient jointes à la famille Per..., et, pendant que la petite Thérèse informait celui qui enlevait ses liens qu'elle avait, parmi les trois agresseurs de la nuit, reconnu le nommé Ven..., neveu de Mme Mor..., d'autres personnes découvraient, dans le corridor de la maison, le cadavre de M. Mor... Un des frères de celui-ci, qui, le 12 janvier au soir, ayant indiqué à un jeune inconnu le chemin de Roussillon, avait remarqué aussi ses deux compagnons, supposa avec raison que ce trio n'était autre que celui des assassins dont Ven... faisait partie et, dans l'espoir de les découvrir à Autun, envoya un de ses neveux à leur poursuite dans cette ville. Ces prévisions étaient fondées et, en effet, sur les indications de C. Mor..., au moment où Ven... se disposait à prendre le train de 7 h. 45 pour Paris, il fut arrêté par les gendarmes de service. Interpelé par eux sur le crime de la nuit, dont ils l'accusèrent aussitôt d'être l'auteur avec deux autres individus, Ven... fit d'abord l'ignorant, puis, pressé de questions, finit par avouer et déclara que leur but commun avait été non de tuer mais de voler, mais qu'il ne connaissait pas ses complices. Il fut d'ailleurs trouvé porteur de 180 francs, d'un bracelet en or, de de deux montres en même métal et de différents autres objets qu'il reconnut avoir dérobés chez son oncle.

Presque immédiatement, on voyait s'installer dans un compartiment du même train et porteur d'une valise un jeune homme qui, ayant été interpellé à son tour par les gendarmes, leur fit des réponses paraissant dépourvues de sincérité, de sorte qu'ils l'arrêtèrent incontinent.

©BIUM

Il leur déclara s'appeler Gaston Rou..., né à T... (Loiret), et avoir le matin, sans en connaître le contenu, acheté d'un inconnu la valise qu'il portait. Or, comme elle renfermait du linge et des couverts de table aux initiales de M. Mor..., il ne fut pas douteux que R... avait dû participer aux événements de la nuit, et son arrestation fut maintenue.

Pendant cet incident, qui avait groupé sur le quai de la gare, autour d'eux, un certain nombre de curieux, les gendarmes, ayant avisé alors un grand jeune homme dont l'indifférence devant ce qui se passait leur parut à bon droit suspecte, eurent l'idée que c'était le troisième complice, et, questionné aussitôt par eux, il leur dit en premier lieu qu'il était voyageur de commerce, arrivant de Château-Chinon, mais il ne put justifier ni de papiers d'identité, ni de la provenance du contenu du paquet qu'il portait, de sorte qu'il fut également arrêté, bien qu'ayant affirmé s'appeler Henri Cor..., né à Londres de parents français. C'est alors que, dans le transfèrement à la maison d'arrêt, Ven... reconnut, devant les gendarmes, ses deux compagnons comme étant ses complices, en indiquant en outre que l'argent et les objets en leur possession provenaient du vol qu'ils avaient commis ensemble chez M. Mor...-Raq..., son oncle.

S'étant transporté le même jour sur le lieu du crime, M. le Juge d'instruction fit toutes constatations utiles, et le rapport du médecin légiste qui l'accompagnait pour autopsier la victime aboutit à cette conclusion que la mort de M. Mor...-Raq..., porteur d'une contusion unique sur le côté de la tempe droite, était « nettement le fait de la suffocation et de l'arrêt rapide de la respiration déterminé par le tamponnement profond de la cavité bucco-pharyngienne ». Notre confrère affirma en outre, dans le même rapport, que la mort devait remonter

©BIUM

à 8 ou 9 heures de la veille au soir, et que deux individus au moins avaient été nécessaires pour réaliser l'attentat. Un examen médical pratiqué sur Mme Mor..., survivante, révéla enfin qu'elle avait reçu notamment un coup de poing sur l'œil gauche et que l'état de sa bouche, dont les lèvres et les gencives étaient excoriées et sanguinolentes, résultait d'un bâillonnement brutal mais incomplet, et que ces lésions étaient par elles-mêmes sans gravité.

L'instruction suivit son cours, réunissant un faisceau de preuves accablantes pour les inculpés ; mais ceux-ci cherchèrent, chacun en ce qui le concernait, à rejeter l'un sur l'autre la responsabilité du premier acte agressif contre M. Mor...-Raq... et celle du tamponnement de l'arrière-gorge qui devait l'asphyxier. Leur système collectif de défense fut de soutenir, en substance, qu'ils n'avaient pas eu l'intention de faire mourir leur victime, mais seulement de la paralyser afin de pouvoir voler à leur aise, ainsi qu'ils l'avaient concerté et résolu. L'instruction paraissait donc devoir se clore, lorsque l'expertise de l'état mental des trois inculpés fut sollicitée par la défense, expertise que le Magistrat instructeur voulut bien me confier, en me fixant les termes du triple problème qu'il m'importait de résoudre dans le texte de la réquisition ci-après :

Nous, juge d'instruction de l'arrondissement d'Autun,

Vu la procédure instruite contre les nommés : 1° Ven... (Maurice), vingt ans ; 2° Rou... (Gaston), vingt-trois ans ; 3° Cor... (Henri-Maxime), dix-huit ans, détenus, inculpés d'assassinat et de vol ;

Commettons M. le Dr Garnier, médecin de l'asile d'aliénés à Dijon, à l'effet de procéder à l'examen médico-légal, au point de vue mental, des trois inculpés susnommés ;

1° Etaient-ils en état de démence au moment des actes par eux commis à Roussillon, dans la nuit du 13 au 14 janvier 1910, dans le sens de l'article 64 du Code pénal ?

©BIUM

2° L'examen psychiatrique et biologique ne révèle-t-il point chez eux des anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer dans une certaine mesure leur responsabilité?

3° A quelle maladie mentale correspondent ces anomalies?

L'expert dira en outre :

I. — En ce qui concerne Maurice Ven..., si les fièvres qu'il aurait contractées au Tonkin et la tentative de suicide qu'il aurait commise sur sa personne et dont les traces sont encore visibles sur sa poitrine, ont eu ou ont une influence sur son état mental ;

II. — En ce qui concerne Rou... (Gaston), s'il est ou n'est pas sujet à des troubles psychiques dénotant un atavisme morbide qui s'est manifesté chez plusieurs de ses proches parents : 1° Rou... (Régina-Célestine), femme Bou..., internée à l'asile d'Orléans, atteinte du délire de la persécution avec idées hypochondriaques ; 2° Dru... (Alcide-Eugène), époux de Célestine Job... interné au même asile, atteint de délire mystique avec préoccupations hypochondriaques et idées de persécution ; 3° Vil... (Jules-Arthur), sorti du même asile le 11 mai 1903 ; était atteint d'alcoolisme avec excitation maniaque ; 4° Rab... (Gaston), qui s'est suicidé le 11 janvier 1908, à Paris, en se jetant dans la Seine ;

III. — En ce qui concerne Corb... (Henri-Maxime), si ses diverses maladies et sa croissance rapide ont ou n'ont pas influé sur son état mental ;

Il nous sera ensuite adressé un rapport détaillé contenant sur les questions soumises à l'examen dudit expert, avis motivé conformément à la loi. Ce rapport sera déposé dans le délai de trois mois à partir de la prestation de serment, lequel délai pourra être augmenté en cas de nécessité.

Fait à Autun, le 18 avril 1910.

ABEL RAVIER.

Après avoir étudié le dossier de la procédure instruite, examiné, interrogé et observé les trois inculpés dans mon service, où ils furent conduits le 3 mai 1910, fait faire les recherches complémentaires qui me parurent nécessaires, et pris connaissance d'un dossier antérieur de Ven..., je consignai l'ensemble de mes opérations et leur résultat dans un rapport auquel je vais faire de

©BIUM

larges emprunts, afin de mettre en valeur la mentalité de ces trois individus.

*
* *

Le fait que Ven..., et ses deux co-inculpés étaient, à n'en pas douter, d'après la lecture des dossiers, en pleine possession de tous leurs moyens, m'avait obligé, pendant le temps qu'ils avaient à passer dans mon service, à un surcroît de précaution vis-à-vis d'eux. Ils furent tous les trois, dès leur arrivée à l'asile, isolés dans trois cellules du quartier des agités, avec sortie journalière de deux heures chacun dans le préau même des malades. Ceci dit, je vais d'abord faire connaître tout ce qu'on savait sur les inculpés, par la relation individuelle de leurs faits et gestes antérieurs au crime et l'étude de leurs antécédents personnels et héréditaires, puisque aussi bien c'était principalement sur ceux-ci que la défense s'était appuyée pour justifier la nécessité de les examiner au point de vue de l'équilibre de leurs facultés.

En raison de la part prépondérante prise par l'un d'eux dans leurs agissements criminels communs, je m'occuperai d'abord de Ven..., qu'on pouvait considérer comme ayant été le chef de la bande et l'instigateur d'un crime dont les circonstances, on peut déjà l'affirmer, étaient loin d'éveiller la moindre présomption de folie chez ses auteurs.

Ven... (Georges-Maurice-Marie-Baptiste) était né à Aur... (Cantal) le 21 octobre 1899, du mariage légitime de Gér... (Baptiste) et de Sara Mar... Ven... père qui au moment de son mariage, le 12 mars 1884, était, depuis 1882, surveillant des travaux d'égout de la Ville pour le compte d'un entrepreneur, avait eu trois enfants, savoir : une fille décédée, un fils, Emile, actuellement second maître-mécanicien de la flotte, élevé, dès l'âge de dix-huit mois, par sa tante maternelle E... Mar..., femme Mor..., et enfin l'inculpé.

L'union des époux Ven...-Mar... n'avait pas été heureuse. Le mari, paraît-il, était emporté, buvant avec ses ouvriers, criant sans motif. Sa femme, un peu légère de son côté, ne put s'entendre avec lui, et ayant fait la connaissance d'un commis d'architecte, le sieur B...,

©BIUM

devint sa maîtresse. Sara Mar... fut trouvée dans la chambre de cet homme en septembre 1892, et une plainte du mari en adultère amena le 12 novembre sa condamnation à dix jours de prison. Le 29 décembre de la même année, Ven... père, ayant obtenu son divorce, contracta de nouveau mariage, le 26 septembre 1893, dans son pays natal, où il est mort le 27 décembre 1905. Quant à S... Mar..., elle était, sur la fin de l'année 1903, déjà morte au Tonkin, où elle avait suivi son amant B..., lorsqu'il fut employé à la construction des lignes de chemins de fer.

On ne trouvait dans la famille Mar..., se composant de neuf enfants, dont cinq filles, aucun indice de nature à faire suspecter leur mentalité : aussi, de ce côté, Ven... n'avait aucun antécédent héréditaire. Du côté de sa famille paternelle, on trouvait, au contraire, un oncle de son père, décédé il y avait vingt-cinq ans, qui aurait été atteint de folie; mais une sœur de celui-ci avait fait connaître que ce cas d'aliénation mentale aurait débuté chez cet oncle lorsqu'il avait *trois ans*, à la suite d'une crise nerveuse. Le début précoce de cette crise nerveuse indiquait-il qu'il s'agissait d'épilepsie chez un enfant arriéré sinon idiot? Quoique l'âge de trois ans permettait d'affirmer qu'*a priori* il ne s'agissait pas d'une aliénation mentale simple, mais plutôt dégénérative, sa nature comitiale demeurait conjecturale.

Ven... avait été élevé par ses grands-parents Mar..., à Aurillac, jusqu'à l'âge de deux ans ; il avait suivi ensuite sa mère à Lyon, et, au bout d'un an, avait été par elle et B... qu'elle avait dû épouser, emmené à Paris où ils demeurèrent jusqu'à leur départ pour le Tonkin ; l'inculpé avait alors dix ans. De 1899 à avril 1903, il avait été placé, à Hanoï, dans une école primaire dont le directeur s'était exprimé ainsi au sujet de son ancien élève : « Sa conduite laissait à désirer sans qu'une faute grave puisse lui être reprochée ; il était plutôt paresseux et n'a fait aucun progrès. Il jouissait d'une excellente santé, était fort et vigoureux, mais d'un caractère sournois. » Lorsque B... et Sara Mar... revinrent en France, en 1903, Ven... fut du voyage et placé au lycée d'Aurillac le 1er octobre. C'était alors un mauvais élève d 5e *B*, et il fut exclu de cet établissement le 28 mars 190

©BIUM

pour s'être échappé de la promenade. Admis à l'institution Saint-Charles de Rodez, il avait dû bientôt en être retiré, étant presque aussitôt après son entrée, tombé malade. L'impression qu'il avait laissée, paraît-il, fut qu'il était peu réfléchi et même un peu déséquilibré. Mme Lau..., née Mar..., qui était venue chercher son neveu Ven... à Rodez, avait déclaré au contraire que celui-ci ne put être gardé en raison de son inconduite et de sa santé. Quoi qu'il en soit, une autre tante de l'inculpé, Mme Mil..., se chargea de l'emmener alors à Lille, où elle habitait. Laissons-lui la parole sur cette période de la vie de son neveu : « Ven..., a-t-elle dit, fut placé en premier lieu à l'école communale de Lille, d'où il se fit congédier pour sa mauvaise conduite. Il entra ensuite, comme pensionnaire, chez M. Vér..., à Haubourdin (Nord), où il ne demeura que trois mois. Il avait, en effet, quitté l'établissement avec cinq ou six gamins, en leur persuadant qu'en chantant dans les cafés ils pourraient gagner à pied Marseille et s'y embarquer gratuitement pour le Tonkin où M. B... (son beau-père) leur procurerait une situation. A la suite de son renvoi, il entra au pensionnat Gombert, à Furnes-en-Weppes ; mais là encore, il se montra mauvais élève, s'en étant évadé en entraînant de nouveau plusieurs de ses condisciples, vivant en nomade dans les environs, et finit par se réfugier pendant plusieurs jours dans un immeuble inoccupé de Lille, d'où la police le tira pour le ramener chez moi. Mon neveu avait tous les vices, était menteur et voleur ; à son pensionnat, il avait acheté 35 francs une boîte de compas qu'il revendit ensuite 3 francs ; il prit une fois le porte-monnaie d'une bonne, une autre fois le bracelet en or d'une de mes nièces, et il vendait à vil prix ce qui lui tombait sous la main. » Elle terminait en disant qu'il avait mauvais fond, un caractère sournois, était menteur à l'excès et ne recherchait que l'occasion de faire le mal, volant tout ce qui lui tombait sous la main.

En raison de ces divers exploits, ses parents de Lille s'étaient décidés à renvoyer au Tonkin le jeune Maurice à son beau-père B..., Ven... père ayant formellement refusé de prendre son fils. Après l'avoir muni d'un vestiaire complet pour les colonies et avoir payé le prix de

©BIUM

son voyage, ils l'embarquèrent, à Dunkerque, sur le navire l'*Alcantara*, dont le capitaine avait reçu en outre 40 francs, qu'il devait remettre à son passager lors de son débarquement.

Arrivé au Tonkin le 18 juin 1905, après la mort de sa mère, Ven... avait rejoint à Thanh Hoa son beau-père, alors employé à la construction d'un chemin de fer; il le suivit à Haïphong, mais n'avait pas tardé à le quitter à la suite d'une observation que B... lui avait faite sur sa fainéantise, et ce fut huit jours après que ce dernier apprit d'un négociant de sa connaissance, que son beau-fils s'était rendu à Hanoï. Dans cette ville, où il était arrivé à une date bien antérieure au 30 mars 1906, date à laquelle M. B... s'était suicidé, M. Ven... fut impliqué dans plusieurs affaires de vol qualifié. Inculpé notamment du vol d'un revolver et de cartouches au préjudice de M. Mab..., le 4 novembre 1905, il avait été obligé, en outre, de reconnaître, plus tard, s'être introduit, dans la nuit du 10 ou 12 janvier 1906, chez une dame Cruvès où, après avoir fracturé la porte, il s'était emparé, avec un complice, de divers objets mobiliers et de vêtements, parmi lesquels se trouvaient deux tenues d'agents de police. Or, dans la nuit du 13 au 14 suivant, il avait commis une tentative de vol dans la maison de commerce « L'Omnium », et, surpris avec le même complice par les veilleurs de nuit, ils avaient été trouvés tous deux revêtus des uniformes antérieurement dérobés, dissimulés sous leurs pardessus. Enfin, le 3 avril 1906, il avait volé avec effraction à bord d'une chaloupe; mais, quoique la matérialité de tous ces différents faits criminels eût été parfaitement établie, Ven... avait été néanmoins acquitté, le 7 juin 1906, en raison de son âge, car il n'avait pas dix-sept ans à l'époque de leur perpétration.

Durant la prison préventive qu'il avait dû faire, il s'était montré particulièrement difficile et avait été plusieurs fois puni de peines disciplinaires pour insolences, menaces, brimades envers un détenu, etc. Un gardien de la prison l'avait même trouvé, le 17 mai, simulant un suicide à l'aide d'un morceau de couverture qu'il s'était passé autour du cou après l'avoir attaché à l'un des barreaux de la fenêtre, car Ven... avait attendu

©BIUM

précisément l'arrivée du gardien de service pour se laisser tomber sur le parquet. Le rapport où cet événement se trouvait relaté en détail mentionnait, en résumé, que « des observations journalières étaient faites à Ven..., mais que celui-ci n'en tenait aucun compte ; qu'un léger sourire, paraissant sur son visage sournois, était comme une réponse de défi à ces observations ».

Avant les vols, Ven... était sans moyens d'existence et vivait d'expédients ; il avait même été pris en subsistance comme indigent, du 27 avril 1905 au 28 octobre suivant, et il avait plusieurs fois refusé le rapatriement en France qu'on lui avait offert. Après son acquittement, continuant de demeurer à Hanoï dans les mêmes conditions précaires, Ven... s'était, le 23 août 1906, tiré une balle de revolver qui, entrée dans la poitrine au niveau du deuxième espace intercostal, à 11 centimètres au-dessus du mamelon, perfora la plèvre et se logea en arrière, vers l'angle inférieur de l'omoplate, d'où elle fut extraite à l'hôpital d'Hanoï. Entré à cet hôpital le 23 août, il en était sorti le 24 octobre, et le médecin traitant n'avait pu que déclarer qu' « il était difficile de dire dans quelle mesure les lésions produites par la blessure avaient pu influer sur le moral de Ven..., quoique la tentative elle-même tendait à prouver qu'il ne jouissait pas à ce moment de la plénitude de ses facultés ». Peu après sa sortie de l'hôpital, l'inculpé avait fini par trouver un emploi de surveillant expéditionnaire des travaux de construction de la ligne de Laokai à Yunnan Sen, sous la direction de M. l'ingénieur Verbecq, aux appointements de 180 piastres par mois.

On retrouvait ensuite Ven... hospitalisé en 1908, à partir du 30 mai, pour fièvre et anémie palustres ; mais, en même temps qu'il était entré à l'hôpital de Quang Yen au compte de sa Compagnie, celle-ci l'avait avisé qu'il serait remercié à sa sortie de l'hôpital, ou immédiatement s'il n'y entrait pas. En réalité, il y entra le 5 juin et, à sa sortie, le 26 du même mois, il avait reçu 206 piastres, en chiffre rond (la piastre, 1 fr. 54). Revenu à Hanoï, il n'avait pas tardé à dépenser cet argent en s'amusant (*déposition Mohamed*), et, lorsqu'il s'était trouvé à bout de ressources et sans travail, étant allé demander à un ami de l'héberger, avait ainsi vécu une

©BIUM

quinzaine de jours. Cet ami fit connaître que Ven... avait alors des accès de désespoir et parlait de se suicider; mais un autre témoin, qui l'avait fréquenté à la même date, avait déclaré qu'il témoignait, par ses propos, de son goût pour les voyages et les aventures, et qu'il buvait un peu plus que de raison. C'est alors que Ven... avait demandé sa mise en subsistance et son rapatriement, et, après être, pour la seconde fois, entré à l'hôpital d'Hanoï, soi-disant pour anémie, mais pour la raison beaucoup plus probable qu'il « se trouvait sans ressources », il avait quitté brusquement, le 2 juin, cet établissement pour n'y plus reparaître, et, finalement, s'était embarqué, fin juin, aux frais de la colonie, sur le vapeur l'*Amiral Nielly*.

A son arrivée en France, fin juillet, Ven..., après avoir vu, à Toulon, son frère aîné, auquel il fit part de son intention d'aller plus tard en Abyssinie, s'était rendu chez ses parents de Roussillon. Là, il ne s'était livré à aucun travail, se disant souffrant, et il y avait été entouré de soins tels qu'un beau-frère de son oncle (Gre... Gabriel) les avaient trouvés exagérés et s'en était ouvert à M. Mor.-Raq..., et, d'un commun accord, ils avaient engagé Ven... à devancer son appel sous les drapeaux par un engagement volontaire. A la fin de septembre, celui-ci, ayant eu l'air d'acquiescer, s'était présenté au bureau de recrutement d'Autun en vue de s'engager dans un régiment d'infanterie faisant la relève coloniale, puis, pour éviter la formalité du consentement de son tuteur, avait déclaré vouloir attendre le jour de sa majorité, en donnant son adresse chez son oncle, à Roussillon. Le 25 octobre, Ven... avait subi, au recrutement, la visite d'un médecin militaire qui l'avait reconnu, malgré des traces d'anciennes blessures, apte au service colonial. Il n'y avait donc plus qu'à attendre ensuite la décision du colonel d'infanterie coloniale, lorsque, prétextant une chute de bicyclette, l'inculpé avait réclamé ses pièces au recrutement, et, le 9 novembre, lorsque le commandant du bureau d'Autun l'avisa que la liste des engagements au titre du groupe de l'Indo-Chine était close, Ven... était déjà parti, depuis le 4 ou 5 novembre, à Paris, où il était assuré, avait-il dit à son oncle, de trouver à se placer aux Che-

©BIUM

mins de fer de l'Indo-Chine. En effet, il s'était présenté dans ce but au siège de la Société, boulevard de la Madeleine, mais sans succès, et, après avoir dépensé l'argent qu'il avait reçu à son départ de Roussillon, il se trouvait sans place. Il était entré alors à la figuration du théâtre de la Gaîté, où il s'était rapidement lié, se faisant appeler Dallemagne, dit le « Chinois », avec d'autres figurants, parmi lesquels Cor... et Rou..., dont il partagea la chambre occupée par celui-ci rue Aubry-le-Boucher, de sinistre réputation. Une association n'avait pas tardé à se constituer entre ces trois individus et deux autres figurants, sous le nom un peu prétentieux et romanesque de « bande des *Nick Carter* », dont le but était l'organisation méthodique de vols et de cambriolages.

Dès le milieu de décembre, le modeste produit d'une collecte entre les associés avait permis d'abord d'acheter les outils indispensables à un cambriolage, et une première opération avait été concertée, dont l'exécution fut ensuite ajournée. Mais Ven..., qui avait déjà fait entrevoir à ses associés la possibilité d'opérer en province, avait exposé le plan d'une expédition qui devait rapporter un gros capital d'obligations, et en avait précisé les détails. Il s'agissait de dévaliser la maison d'un rentier, qui n'était autre que son oncle, et, distribuant les rôles, en avait tracé à l'avance le programme, comportant, avait-il dit, le seul ligotage des habitants et la négociation ultérieure à l'étranger, par l'entremise d'un associé de la bande, des valeurs dont il espérait s'emparer. Après divers atermoiements, Ven..., qui avait reçu d'ailleurs, de ses parents de Roussillon, deux fois de l'argent, la dernière pour se rendre à Lille, avait résolu définitivement de mettre son projet à exécution, et, après avoir écarté certains concours dont il se défiait, n'avait seulement retenu que la collaboration de Cor..., dit Albert An..., et de Rou..., dit Fr..., à ce moment muni de papiers qui ne lui appartenaient pas. Une somme de 18 francs ayant été péniblement recueillie, Ven..., tout à fait décidé, était parti à pied de Paris le 6 janvier (1910), avec ses deux acolytes, pour se rendre, par étapes successives, à Roussillon. Le 12, il arrivait à Château-Chinon avec eux, et, après avoir dépensé à

©BIUM

l'auberge l'argent restant, il était parvenu dans la soirée, en leur compagnie, au village de Roussillon. D'abord, caché avec ses deux complices dans une grange attenante à la maison de ses parents, il y avait passé avec eux la nuit du même jour et la journée du 13 jusqu'à 8 heures du soir, n'ayant rien mangé ni bu depuis la veille à midi, puis avait pénétré dans le fenil contigu à la grange où devait se passer le drame. Tous trois n'avaient, il est vrai, ni arme ni bâton, mais s'étaient munis de chiffons et de cordes. Les rôles furent distribués et on sait ce qu'il était advenu.

Si l'exposé des commémoratifs relatifs à Ven..., instigateur certain du crime qui fut commis, mettait en relief, on le voit, la précoce nuisance de cet individu, il ne décelait toutefois chez lui qu'une tare héréditaire assez faible, aggravée en apparence d'une instabilité spéciale de sa mentalité.

(*A suivre.*)

©BIUM

Législation.

DIVORCE ET ALIÉNATION MENTALE

LES MALADIES MENTALES DUES AU MARIAGE
LE PRONOSTIC DE L'INCURABILITÉ

Par le Dr Victor PARANT père.
Médecin directeur de la maison de santé de Toulouse.

La question du divorce pour cause d'aliénation mentale, que l'on pouvait croire définitivement tranchée dans notre pays par ce qui avait été décidé il y a près de vingt ans, lorsque précisément fut établie la loi française sur le divorce, cette question est de nouveau soulevée. Deux députés ont proposé à la Chambre de revenir sur les décisions antérieures et ont présenté, chacun de son côté, des projets de loi qui, avec quelques variantes de détails, se ressemblent au fond, et tendent à faire introduire les maladies mentales parmi les causes de divorce. Des membres de la Société médico-psychologique ont estimé que la Société, non seulement ne devait pas se désintéresser de ces propositions nouvelles, mais plutôt qu'elle devait aller au-devant de leur discussion, et susciter les arguments qui leur sont contraires ou favorables. Depuis plus d'un an elle a ouvert sur ce sujet un débat qui n'est pas clos. Peut-être convient-il d'y apporter quelques éléments. Il me semble que tout n'a pas été dit sur la matière, et qu'il importerait de faire ressortir des considérations qui ne me paraissent pas sans valeur, et, qui, à mon avis,

©BIUM

devraient faire que les médecins aliénistes, en tant que médecins aliénistes, fussent tous autant que jamais et universellement opposés à l'admission des nouveaux projets de loi.

Les points de vue d'où peut s'envisager la solution de la question sont divers. Deux sont d'ordre général, le point de vue religieux et le point de vue social. Un troisième existe dans le cas présent, il est purement d'ordre médical et par conséquent tout à fait spécial. Nous devons ici laisser de côté le point de vue religieux. Les médecins aliénistes sont seuls à pouvoir élucider avec compétence le point de vue médical. Quant au point de vue social, bien qu'il ne les concerne pas spécialement, ils ont à y faire valoir des considérations que, quant à moi, je regarde comme majeures et décisives et qui nous donnent le devoir de nous en occuper.

Je ne vois pas que jusqu'ici, dans tout ce qui a été dit à la Société médico-psychologique, on ait produit un seul argument médical en faveur du divorce. On a invoqué pour lui les arguments de sentiment, les seuls que jusqu'ici n'importe qui semble pouvoir produire. Il est certain que parfois la vie est pénible pour le conjoint sain d'esprit qui est lié par le mariage à une personne atteinte de trouble mental prolongé et persistant. On pourrait bien répondre que bon nombre d'entre eux, renseignés utilement avant le mariage, et sachant fort bien à quoi ils s'exposaient, se sont mis volontairement dans leur mauvais cas et que, si mal leur en est advenu, c'est tant pis pour eux. Généralement ils cherchaient, qui une grosse fortune, qui une bonne situation ; le conjoint leur importait peu. Ils n'ont plus le droit de s'en plaindre. Que cependant, s'il y en a qui soient involontairement victimes de l'aliénation mentale dans le mariage, les mesures qu'on édicterait en leur faveur risqueraient d'être gravement préjudiciables

©BIUM

à beaucoup d'autres, et la loi ne doit pas favoriser les uns au détriment des autres.

On a invoqué également l'exemple d'autres pays. Cet argument est d'une valeur bien relative, car les mœurs varient d'un pays à l'autre, et l'on voit que les pays qui s'éloignent le plus de la civilisation sont ceux où le divorce est le plus aisément favorisé. Qu'importe donc, en pareil cas, que la Bulgarie, la République de l'Equateur, le Portugal, l'Allemagne ou la Suisse aient introduit dans leur législation le divorce pour cause d'aliénation mentale? Cela ne rend pas désirable qu'il en soit de même dans notre pays.

M. le Dr Trénel a présenté à la Société médico-psychologique un exposé on ne peut plus intéressant de ce qui se passe en Allemagne. Mais ce qui se fait là n'est point convaincant, et il semble que le législateur allemand ait senti qu'il était sur un mauvais terrain puisqu'il a fait une loi dont les termes, comme M. Trénel l'a fait remarquer lui-même, sont d'une imprécision extrême. Il dit en effet : « Un époux peut demander le divorce lorsque l'autre époux est atteint de maladie mentale, que la maladie, pendant le mariage, a duré au moins trois ans, et a atteint un tel degré que la communauté mentale entre les deux époux a disparu, et aussi qu'est exclue toute perspective du rétablissement de cette communauté. »

Une loi est mauvaise lorsqu'elle est aussi imprécise et qu'elle laisse au juge, dans ce qu'elle nomme la disparition de la communauté mentale, la plus grande liberté d'appréciation. D'autre part, la loi dont il s'agit ne prononce pas le mot d'incurabilité, faisant dépendre le divorce de la seule durée de la maladie pendant trois ans au cours du mariage.

Que déciderait-on si la maladie avait duré trois ans

©BIUM

et plus avant le mariage? Le conjoint ainsi uni à un aliéné, dont la maladie aurait été méconnue ou ignorée, devrait-il attendre trois bonnes années avant de chercher le divorce?

Quoi de plus curieux que cette invention de la perte de la communauté mentale? Ah! certes oui, l'imprécision de ce texte est extrême; elle est, suivant un de ces vocables allemands qu'on s'est plu à introduire dans notre terminologie des idées délirantes, elle est crépusculaire, mot qui ne veut absolument rien dire, et qui n'est pas même aussi saisissable que notre vieille désignation des objets vus dans le crépuscule, dont on disait qu'ils sont entre chien et loup, ne sachant pas, en les voyant, si on a affaire à un loup ou à un chien. Perte de la communauté mentale! Il y a dans ces mots matière à tout un volume d'interprétations, peut-être plus spécieuses les unes que les autres, et nous sommes loin, avec cela, de cette bonne expression française, que M. le Dr Arnaud a très justement rappelée, celle d'incompatibilité d'humeur. Mais incompatibilité d'humeur veut dire quelque chose, et perte de la communauté mentale ne veut absolument rien dire.

On a rappelé aussi l'exemple de la Suisse; ce pays paraît avoir été l'un des premiers d'Europe à introduire dans sa législation le divorce pour cause d'aliénation mentale, et en le faisant, il l'avait fait du premier coup d'une manière bien large. Mais voici que, comme le fait savoir M. le Dr Ladame, qui a exposé de manière claire et précise, à la Société médico-psychologique, la législation de son pays, la Suisse semble trouver que dans son premier mouvement elle a été trop loin, et elle revient sur ses pas. En effet, dans la loi qu'elle s'était donnée en 1874, il était dit tout simplement que le divorce pourrait être prononcé pour cause d'alié-

©BIUM

nation mentale lorsque celle-ci durait depuis trois ans et était déclarée incurable. Dans une loi nouvelle, mise en vigueur précisément depuis le 1er janvier de la présente année 1912, il y a des restrictions, et il est spécifié que « si le divorce est demandé pour cause de maladie mentale, il faudra que celle-ci rende la continuation de la vie commune insupportable au demandeur, et qu'après une durée de trois ans la maladie ait été reconnue incurable à dire d'experts ». Comme le fait très judicieusement remarquer M. le Dr Ladame, ce n'est plus désormais, dans cette loi, la maladie mentale qui est en elle-même une cause de divorce, c'est le fait que cette maladie rende insupportable la vie commune. Du coup, voilà bien des aliénés chroniques exclus de la menace du divorce, et le champ de celui-ci singulièrement rétréci.

Il y a, ai-je dit, des considérations médicales qui doivent, au point de vue social, faire proscrire le divorce pour cause d'aliénation mentale. M. le Dr Vallon, d'accord en cela avec M. le Dr Arnaud, a dit qu'on ne saurait prononcer le divorce pour des cas d'aliénation mentale, même considérés comme incurables, car si on prononce le divorce dans ce cas, pourquoi ne pas le prononcer dans d'autres cas de maladies incurables, le tabès, par exemple. Ce à quoi M. Piéron ajoute en disant qu'on en viendra peut-être à faire intervenir la tuberculose comme cause de divorce.

N'envisageons ici que le cas des maladies mentales et ne craignons pas de dire, en nous plaçant à un point de vue à la fois médical et social, qu'il serait souverainement injuste, antisocial et immoral, allons même plus loin et disons souverainement monstrueux, d'exposer nombre d'aliénés à subir le divorce à cause de leur maladie.

©BIUM

Il faut considérer, en effet, et je n'ai pas trouvé qu'on l'ait fait jusqu'ici, que le mariage en lui-même, ou que les effets de la vie commune dans le mariage, peuvent être des causes de maladie mentale. Bien plus, il peut arriver et il arrive trop souvent, que ce soit un des conjoints qui directement ou indirectement fasse de l'autre un aliéné.

Tous ceux qui s'occupent spécialement des maladies mentales savent bien que souvent, en effet, celles-ci sont les conséquences du mariage ou de la vie commune qui en résulte.

Ouvrez le *Traité de psychiatrie* de Régis et vous y lirez que parmi les causes morales de l'aliénation mentale, il faut compter l'impression des premiers rapports du mariage, les chagrins d'amour, les préoccupations d'affaires, les discussions et les brouilles, la misère, les chagrins domestiques et les revers de fortune.

Prenez le *Traité des maladies mentales* de Cullerre et vous y noterez que des chagrins domestiques prolongés sont, suivant l'expression même d'Esquirol, une des sources les plus fécondes de la folie : « Les chagrins causés par la brutalité ou la débauche de l'homme, par l'inconduite ou le caractère insociable de la femme, la perte de la fortune commune et la misère consécutive, l'inconduite des enfants, toutes ces causes ont une action uniforme... qui conduit au délire. »

Maints autres auteurs ont parlé avec autorité dans le même sens.

Il pourrait être facile de préciser chacune des particularités, qui sont ainsi brièvement indiquées, par des faits, par des faits nombreux, dont le nombre arriverait et au delà à balancer celui des époux qui ont vraiment à souffrir de la perte de la communauté mentale dans le mariage. Serait-il juste, serait-il moral de

©BIUM

faire subir le divorce à ceux qui seraient devenus aliénés dans de telles conditions ?

Voilà des femmes, cela n'est pas rare, que la grossesse, que la puerpéralité sous toutes ses formes, précipitent dans la folie. On permettrait donc à l'homme, par le fait de qui cette folie serait survenue, de planter là sa malheureuse femme et d'aller, qui sait, en mettre une autre dans le même cas ? Combien sont nombreux les maris ou les femmes qui ont donné toute leur volonté, toutes leurs forces, tous leurs sentiments les meilleurs à contribuer, tant au point de vue matériel qu'au point de vue moral, au bonheur du ménage et à sa prospérité, et qui, atteints dans les forces vives de leur intelligence par les événements de leur vie conjugale, versent dans la maladie mentale; faut-il donc permettre que lâchement abandonnés par ceux ou celles avec qui ou au profit de qui ils se sont entièrement sacrifiés, ils soient l'objet d'une décision de justice qui, en elle-même, est souvent avilissante ?

Qu'on n'aille pas dire que ce soient là des considérations imaginaires ; elles sont au contraire de la réalité la plus tangible et la plus quotidienne.

M. Trénel, dans sa communication à la Société médico-psychologique, a cité un jugement, rendu par les tribunaux allemands, prononçant ainsi le divorce contre une femme atteinte de démence post-puerpérale.

Il y a plus ; je dirai, il y a pire.

Nous savons aujourd'hui que nombre de maladies mentales sont le fait de certaines infections. Envisageons donc un cas qui n'est pas illusoire. L'un des époux, le plus souvent c'est le mari qui le fait, communique à l'autre la syphilis. Le contaminé, par le fait de sa contamination, verse dans l'aliénation mentale.

©BIUM

La folie d'origine syphilitique n'est point un mythe. Dès lors, celui qui aura été ainsi la cause de la folie de l'autre pourra venir dire : « J'en ai assez de la vie conjugale avec celui que j'y ai moi-même rendu impropre. Qu'on me débarrasse de lui. Je demande le divorce. » Et si les conditions légales y étaient, il faudrait satisfaire à sa demande !

En se plaçant, comme j'ai demandé qu'on le fasse, au point de vue social, n'avons-nous pas le droit de dire que de pareilles éventualités seraient monstrueuses ? Nous avons le droit, nous médecins, de les signaler et à cause d'elles d'appeler la réprobation sur toute loi qui leur permettrait de se produire. Nous en avons le devoir comme médecins envisageant n'importe quelle maladie, la tuberculose comme toute autre, car la tuberculose peut être communiquée par un conjoint à l'autre. Nous en avons le devoir encore plus impérieux comme médecins aliénistes, car enfin, le tuberculeux, le tabétique contre lesquels on demanderait le divorce du fait seul de leur maladie pourraient se défendre ; ils auraient leur esprit libre pour le faire. Mais le malheureux aliéné ne serait pas dans le même cas ; il ne pourrait pas se défendre, il serait incapable de venir dire à des juges que s'il est devenu aliéné c'est par la faute de celui qui prétend bénéficier de sa folie ; il serait livré inerte et sans résistance à celui qui viendrait lâchement abuser de son infortune.

Pour rendre saisissant ce que pourrait avoir d'odieux et d'inique le droit d'obtenir le divorce pour cause d'aliénation mentale, nous croyons pouvoir invoquer ici un fait, qui fut célèbre en son temps et qui, dans la possibilité de ses conséquences, eût pu servir de démonstration frappante. Il est consigné dans le *Dictionnaire historique de la France*, de Ludovic Lalanne. Ce fait

©BIUM

est celui de Mme de Lavalette. Son mari, agent dévoué de Napoléon Ier, avait, pendant les Cent-Jours, pris possession de l'Administration des Postes au nom de l'Empereur, qui le nomma pair. Au retour des Bourbons, ayant été exclu du bénéfice de l'amnistie, il fut traduit devant la Cour d'assises de la Seine qui le condamna à mort. Toutes les démarches pour obtenir sa grâce avaient échoué, quand, la veille même du jour fixé pour l'exécution, le 20 décembre 1815, sa femme, ayant obtenu de le visiter à la Conciergerie, le fit évader en changeant de vêtements avec lui et en se mettant à sa place. Elle s'exposait beaucoup pour lui et lui montrait un grand dévouement. Il put ainsi réussir à sortir de France. Mais sa femme ne put résister à toutes les émotions qu'elle avait éprouvées et perdit la raison. Elle mourut en 1855. Ainsi donc elle resta près de quarante ans aliénée. Qu'aurait-on pensé, qu'aurait-on dit de son mari, si à la faveur d'une loi comme celle qu'on propose pour notre pays, il eût demandé et obtenu contre elle le divorce pour cause d'aliénation mentale incurable. On l'eût, avec raison, déclaré un monstre d'ingratitude, le dernier des misérables. Mais la loi qui lui eût permis de le faire, ne serait-elle pas une loi abominable ?

Ainsi pendant que, d'un côté, ce sont uniquement des raisons de sentiment qui servent de base à des projets de loi en faveur du divorce pour cause d'aliénation mentale, de l'autre ce sont des raisons de justice et d'intérêt social qui militent en sens contraire. Comme ces raisons de justice sont fondées elles-mêmes sur des considérations d'ordre médical, nous sommes, nous médecins, amplement qualifiés pour les faire valoir et c'est aussi notre devoir de le faire.

Arrivons à un autre ordre de faits.

Les diverses lois qu'on cite et qu'on propose comme

©BIUM

modèles, les projets de loi qui sont présentés dans notre pays et qui sont évidemment calqués sur les lois des pays étrangers, ont ceci de commun qu'ils prennent comme base et comme justification du divorce l'incurabilité de la maladie mentale. Pour présenter cette base dans des conditions en apparence précises, sûres et solides, on spécifie que l'introduction de l'instance judiciaire ne pourra être faite qu'après que la maladie aura duré trois ans, et qu'alors on aura recours à une expertise médicale pour déterminer et sanctionner cette incurabilité.

A parler net, cela revient presque à dire que ce sont les médecins qui dicteront au juge sa décision.

Qui donc, en effet, aurait les lumières et les connaissances nécessaires pour intervenir en pareil cas, sinon les médecins, et, dans l'espèce, tout spécialement les médecins adonnés à l'étude et au traitement des maladies mentales?

Dès lors, dans quelle situation le médecin aliéniste dont les lumières auront été ainsi invoquées, à qui on demandera les éléments d'une décision, se trouvera-t-il?

M. le Dr Trénel, à propos d'un cas rapporté à la Société médico-psychologique, n'a pu s'empêcher de convenir qu'en un cas de ce genre la détermination à formuler était angoissante. Or, ce n'est pas en un cas particulier, c'est en des cas nombreux, très nombreux, que nous serions, nous médecins aliénistes, exposés à avoir cette angoisse.

En effet, quel critérium avons-nous de l'incurabilité, et, d'autre part, que savons-nous de l'état réel des facultés mentales, chez des individus même qui sont depuis longtemps en puissance de maladie? Dans quelle mesure leur intelligence est-elle oblitérée? Est-elle réellement détruite? Dans quelle mesure sont-ils

©BIUM

dominés par leur trouble et ne s'est-il point produit en eux des dissociations telles que, d'après les apparences, ils soient dans les ténèbres d'une nuit mentale complète, alors qu'il y a encore en eux une lueur, si petite soit-elle, que nous ne pouvons apercevoir, qu'ils ne sont pas eux-mêmes capables de révéler, et qui cependant leur laisse encore la notion de ce qui se passe en dehors d'eux? Nous avons tous rencontré de ces malades dont tout l'extérieur, les paroles, les gestes, les attitudes, semblaient dénoter un trouble profond de toutes les facultés intellectuelles et qui, cependant, derrière cette façade trompeuse, gardaient une réelle intégrité mentale, comme si un dédoublement véritable s'était fait en eux, ne leur permettant pas de dévoiler au dehors ce qui se passait en dedans, et condamnant leur intelligence à assister impuissante aux défaillances extérieures de ses manifestations. J'en ai entendu plus d'un, arrivé à un état meilleur, m'éclairer à ce sujet et me prouver de façon péremptoire qu'il était conscient des réalités, alors que tout semblait le faire croire dans une inconscience complète. Nous n'avons, sous ce rapport, aucun critérium de certitude, et dans un nombre de cas très grand nous devons, à cause de cela, être extrêmement réservés sur un pronostic d'incurabilité.

Il faut à ce sujet, se rappeler deux particularités qui toutes deux sont d'importance.

Le Dr Salivas a soutenu, en 1883, devant la Faculté de médecine de Toulouse, une thèse qui traitait de manière générale, au point de vue médico-légal, de l'influence exercée sur l'état mental par l'approche de la mort.

Dans cette thèse, où il examinait son sujet dans des modalités diverses, il consacrait un chapitre aux aliénés proprement dits, et il rapportait une vingtaine d'obser-

©BIUM

vations, les unes dues à divers auteurs, notamment Brierre de Boismont, Legrand du Saulle, Alibert, Thore, Moreau (de Tours), les autres recueillies par lui-même. De ces observations, il résultait que des aliénés, après de longs mois, après de longues années de délire et d'état morbide où la démence paraissait bien confirmée, avaient recouvré, à des degrés divers, dans les heures ou les jours qui avaient précédé leur mort, une lucidité, une netteté mentale vraiment bien surprenante et à laquelle on ne s'attendait plus.

C'est ainsi que Brierre de Boismont rapporte le cas d'un individu qui était resté cinquante-deux ans dans une maison de santé et qui depuis de longues années paraissait bien dément ; il ne disait jamais un mot ; il ne s'occupait absolument à rien ; il recherchait la solitude et, lorsqu'on s'approchait de lui, fuyait en poussant des cris rauques. Il avait un mouvement de balancement qui lui donnait les attitudes d'un ours. Or, dans les derniers jours de sa vie, il devint moins insociable, répondit par oui ou par non de manière intelligente aux demandes qui lui étaient faites, et prononçait des mots qui prouvaient que son esprit saisissait le sens des questions qu'on lui posait. Il mourut sans agonie et ayant conservé jusqu'au bout sa connaissance.

J'ai eu ainsi plusieurs fois, quant à moi, l'occasion de constater, à l'approche de la mort, une amélioration notable dans l'état mental d'aliénés internés depuis longtemps.

Les faits de ce genre montrent bien que ce n'est pas en vertu d'une imagination purement fantaisiste que Cervantes représente son héros, Don Quichotte, sur le point de mourir, revenant de son long égarement.

Que l'attention des observateurs se porte sur ce sujet, et on arrivera à reconnaître que les faits qui le concernent ne sont pas absolument rares.

©BIUM

A côté d'eux, il faut mettre les cas bien connus dans lesquels, chez des aliénés même invétérés, une maladie incidente fait, ne fût-ce que temporairement, disparaître le délire, permettant à une lucidité véritable de se reconstituer et supprimant même les marques d'une déchéance mentale plus ou moins complète.

Maints observateurs ont rapporté des faits remarquables de ce genre. Dagonet les mentionne dans son *Traité des maladies mentales*. Morean (de Tours) y fait allusion. L'un des plus marqués que j'aie vus moi-même concernait une vieille démente, ou du moins réputée telle, internée depuis près de trente ans, radoteuse, ne disant que des paroles incohérentes. Elle eut un jour à la cuisse un phlegmon diffus, qui amena des désordres graves et qui mit ses jours en danger. Elle fut plus d'un mois influencée par ce phlegmon. Or, pendant tout ce temps, elle était redevenue vraiment lucide, appréciait fort bien ce qu'on faisait pour elle, demandait des nouvelles des personnes qu'elle avait connues, parlait de choses anciennes ou présentes de manière convenable, ne disant plus un mot de radotage ou d'incohérence et, contrairement à son habitude, se montrait fort avenante. Je crus qu'après cela elle allait guérir. Cependant, le mal accidentel passé, elle retomba dans ses allures anciennes et donna à nouveau les marques de l'inconscience.

Quelle valeur faut-il attribuer à ces faits, comme aussi à d'autres dans lesquels la lucidité revient pour des périodes transitoires? La loi ne leur en accorde aucune, et ce n'est pas sans raison, parce que les lacunes qui les ont précédées et qui les suivent ne permettent pas de rattacher les délibérations, que les malades pourraient y prendre, à l'exercice d'une volonté et d'une conscience mûrement réfléchies et procédant en vertu des délibérations anciennes.

Mais cependant, pour le sujet qui nous occupe en ce

©BIUM

moment, ils ont une valeur réelle. Ils doivent nous mettre en défiance sur la perte définitive des éléments de la raison. Ils sont, en tout cas, de nature à nous rendre très circonspects lorsqu'il s'agit d'affirmer la perte réelle, absolue, définitive des facultés mentales, même dans les formes morbides qui paraissent le plus chroniques et où les malades semblent bien tombés complètement dans la démence. Dans l'état actuel de notre savoir en psychiatrie et dans la pratique médicale qui s'y rapporte, nous ne voyons pas encore comment tirer parti de ces retours transitoires à la lucidité pour les fixer dans le sens d'un retour définitif à la raison. Les progrès de l'avenir pourront permettre de le faire. Pour le moment, ils sont singulièrement propres à nous faire douter que la nuit mentale soit complète et définitive dans l'esprit d'un aliéné soumis à notre examen ; ils doivent nous rendre très réservés dans les pronostics que nous pourrions être invités à formuler à ce sujet. Ils contribuent enfin à jeter un doute marqué sur l'incurabilité des cas anciens et invétérés d'aliénation mentale.

M. le Dr Trénel a rappelé à la Société médico-psychologique que la notion prédominante en psychiatrie, c'est que les maladies mentales, après trois années de durée, sont généralement incurables. C'était là l'opinion de nos anciens, et certes moins que qui que ce soit je suis disposé à méconnaître leurs opinions en général, alors que je trouve que dans les jeunes générations on les oublie trop, eux, leurs personnes, leurs doctrines, leurs travaux, leurs recherches, leurs observations et les services qu'ils ont rendus à la science des maladies mentales. Cela n'empêche pas qu'on ne puisse être légitimement amené à modifier quelques-unes des notions qu'ils nous ont transmises.

©BIUM

Et d'abord, en matières d'incurabilité, on peut remarquer que plus nous allons, plus les guérisons de maladies mentales deviennent fréquentes. J'ai eu déjà l'occasion d'exposer dans les *Annales médico-psychologiques* elles-mêmes, les constatations de ma pratique à ce sujet; desquelles il résulte qu'il y a trente ans la presque totalité des aliénés qu'on nous confiait restaient incurables, ou présumés tels, alors qu'aujourd'hui nous les voyons guérir en plus grand nombre.

D'autre part, de ceux qui sont confiés aux établissements spéciaux, une bonne quantité peuvent être rendus tôt ou tard à leurs familles sinon entièrement guéris, du moins amenés à un tel état d'amélioration que la vie sociale soit possible, facile, non seulement pour eux, mais aussi pour leur entourage. A tout prendre, une fois arrivés à l'amélioration dont il s'agit, ils peuvent n'être inférieurs ni en intelligence, ni en aptitudes sociales, à bien des individus qui ne sont pas passés par la maladie mentale. Il peut en être ainsi même pour ceux qui sont le plus essentiellement réputés incurables. J'ai eu à soigner des paralytiques généraux qui, après deux, trois, cinq ans de désordre à la fois dans les actes et dans l'intelligence, arrivés à des rémissions sérieuses qui auraient pu être considérées comme des guérisons s'il n'était pas resté de la faiblesse mentale, ont pu rentrer chez eux et y vivre de telle sorte que ceux qui ne les avaient pas connus avant l'invasion de leur maladie n'auraient pu se douter de ce qui leur était advenu. L'un d'eux a vécu ainsi une dizaine d'années près de sa femme et est mort d'une maladie toute autre que sa paralysie générale, qui, pour cette fois, avait manqué à être progressive.

Serait-on en droit, dans les cas de ce genre, d'invoquer la débilité mentale consécutive à la maladie pour justifier le divorce? Si on le faisait, il faudrait alors étendre les effets et l'application de cette mesure à tous

©BIUM

les cas où la faiblesse d'esprit de l'un des conjoints serait appréciable. Jusqu'où n'irait-on pas ainsi? Car le nombre des faibles d'esprit, de ceux que dans le langage usuel on appelle des imbéciles, est grand. *Stultorum infinitus numerus*!

Et puis enfin, et en dernière analyse, c'est là qu'il faut en venir ; il paraît y avoir un nombre, plus grand qu'on ne l'a dit ou qu'on ne l'a remarqué jusqu'ici, de cas dans lesquels la guérison a été réelle au bout d'un nombre d'années bien supérieur à ce chiffre de trois ans que l'on prend comme critérium, de manière absolument arbitraire. Je suis convaincu, quant à moi, que si l'on fait dans ce sens des recherches attentives, on arrivera à faire grossir beaucoup ces chiffres des guérisons tardives. Sur ce terrain, il faudrait, bien entendu, tenir compte non seulement des cas où les individus sont restés dans les asiles spéciaux jusqu'à leur guérison, mais encore de ceux où ces malades, retirés prématurément, ont guéri plus tard, ou à tout le moins sont arrivés à l'état de guérison relative dont nous venons de parler.

Que si, pour ces affaiblis de l'intelligence, la vie conjugale est reprise, qu'on n'aille pas trop vite crier haro sur eux et dire qu'ils vont à coup sûr procréer des dégénérés ou des aliénés. Certes, je ne prétends pas nier l'hérédité ; elle est trop visible et trop certaine dans ses manifestations pour qu'on ait le moindre doute à son égard ; mais il conviendrait du moins de reconnaître qu'il y a des distinctions à faire à son endroit et qu'elle n'existe pas nécessairement à la suite de tous les états de maladie mentale. Il y a des descendants d'aliénés qui n'ont jamais eu de trouble morbide. Tout dépend, à cet égard, des conditions dans lesquelles est née, a évolué la psychose des ascendants, et de la nature de

©BIUM

cette psychose. Et peut-être n'est-il point téméraire de supposer que si nous pouvions remonter régulièrement dans le passé, nous arriverions tous, qui que nous soyons, à rencontrer dans la chaîne de nos ancêtres un anneau plus ou moins fêlé. Ce n'est pas moi, d'ailleurs, qui le premier ai fait cette remarque.

Donc, il n'est nullement permis, pas plus au législateur qu'à qui que ce soit, de limiter à trois années le terme au delà duquel on pourra affirmer l'incurabilité. Et bien que cela soit vrai pour un nombre de cas importants, ceux qui échappent à cette règle sont assez nombreux pour empêcher qu'on ait le droit de les soumettre, eux aussi, à une limite aussi arbitraire.

La discussion ouverte au sein de la Société médico-psychologique y a fait déjà produire des communications dans ce sens. On a rapporté des faits nouveaux, on a rappelé les faits anciens, et c'est à propos d'un fait nouveau que le mot d'angoissant, applicable à la détermination du pronostic d'incurabilité, a été prononcé.

J'ai sous les yeux un mémoire récent, dont il n'a pas été parlé à la Société médico-psychologique. Il est extrait des *Annali di Freniatria del R. manicomio di Torino* et est intitulé : « *Sulla guarigione tardiva delle malattie mentali* ». Son auteur, le Dr Eugenio Bravetta, s'est livré à des recherches nombreuses sur la matière. Il donne soixante-quatorze références d'auteurs, les uns récents, les autres plus anciens, mais postérieurs à Esquirol, qui ont justifié de l'existence des guérisons tardives. Lui-même apporte un contingent personnel de onze observations, dont il donne l'histoire clinique; la plupart de ces observations personnelles sont d'un haut intérêt et absolument péremptoires. Adoptant la dénomination allemande, l'auteur les présente sous la rubrique de cas de psychose maniaque dépressive. Il semble bien que, sauf dans l'un d'eux, on

©BIUM

ne puisse, malgré les alternances d'excitation et de dépression, mettre en cause la périodicité. Il me paraît intéressant de présenter ici un bref résumé de ces onze observations, renvoyant au mémoire en question ceux qui voudraient les étudier de manière plus complète.

I. — Femme de cinquante-deux ans, internée en septembre 1883, étant malade depuis près d'un an, et qui, jusqu'en 1888, fut dans un état de trouble mental où l'excitation était souvent prédominante; elle entretenait à haute voix des conversations avec des êtres imaginaires, notamment le diable; elle était agressive et méchante. Au commencement de 1888, elle commença à s'améliorer; ses fonctions mentales reprirent peu à peu leur intégrité et, au mois de mai de la même année, elle rentra chez elle guérie. Elle y vécut neuf ans deux mois et quatre jours, n'ayant cessé, suivant les expressions du Dr Bravetta, d'y mener une vie sociale saine et normale.

II. — Femme de trente-huit ans, internée en mars 1880. Obsédée, au début, par des idées de damnation avec idées de suicide, elle était irascible. Pendant son séjour à l'asile, elle manifesta des impulsions dangereuses. Elle sortit guérie en 1885; elle est décédée en 1904, et pendant les dix-neuf ans d'intervalle elle vécut saine et normale dans sa famille.

III. — Femme de trente-cinq ans. Mélancolie ancienne; elle était déprimée, inquiète, avait des craintes de toute nature, était hallucinée et était dominée surtout par des idées de damnation. A la longue, elle se calma, reprit goût au travail et recouvra l'usage de ses facultés mentales. Son internement avait duré de août 1882 à mai 1888. Elle mourut en juillet 1911 et, dans l'intervalle des derniers vingt-trois ans, elle avait été saine et normale.

IV. — Femme de trente-trois ans, chez laquelle il y eut une sorte d'alternance des formes morbides; elle fut internée deux fois, en 1887 et en 1889; la seconde fois, elle y resta jusqu'en janvier 1894. Elle est décédée en 1901, étant restée dans sa famille sans avoir de rechute.

V. — Homme de trente-trois ans. Interné en juillet 1885; tantôt anxieux et déprimé, avec idées délirantes mystiques et idées de damnation; tantôt excité et irritable, avec idées de persécution. Il s'était montré fort dangereux avant son internement, et dans l'asile il était difficile à conduire. Il sortit

©BIUM

guéri en novembre 1891. Il est mort en 1905 et, jusqu'à sa mort, se montra normal et sain d'esprit.

VI. — Femme de trente-cinq ans, mélancolique, taciturne, aboulique, ayant tantôt une excitation intermittente, parfois de la confusion mentale; idées et tentatives de suicide. Internée en juillet 1902; ne s'étant améliorée qu'en 1906, et étant alors arrivée à la guérison. Rentrée chez elle à cette époque, et y ayant depuis lors vécu normalement.

VII. — Femme de cinquante ans, internée en juillet 1881. Pendant plusieurs années, elle eut des alternances irrégulières d'excitation et de dépression ou de tranquillité. Dans ce dernier cas, elle s'occupait volontiers. Dans la dépression, qui allait jusqu'à la stupeur, elle refusait les aliments. Elle avait des hallucinations terrifiantes. Sa famille ayant demandé si elle pouvait guérir, le médecin traitant répondit qu'il la regardait comme incurable. On introduisit alors contre elle une instance d'interdiction. Devant le magistrat, elle se ressaisit, et son interrogatoire fut irréprochable. A partir de ce moment, elle entra dans l'amélioration, manifesta une grande reconnaissance aux médecins et aux infirmières pour les soins qu'elle avait reçus. Elle sortit guérie en 1888. Elle mourut en 1900, sans avoir présenté absolument rien d'anormal pendant ces douze années.

VIII. — Homme de trente-cinq ans. Sous-officier dans les carabiniers, il avait commencé par montrer de l'insubordination, était devenu insolent envers ses chefs, et, traduit en conseil de guerre, avait été cassé de son grade. Il tomba alors dans un état de dépression, suivi d'une période d'excitation où, il manifesta des idées de persécution. On l'interna en 1879. La maladie persista avec les mêmes caractères jusque vers 1885; à ce moment, survint l'amélioration, puis la guérison, et la sortie de l'asile eut lieu en 1887. Depuis lors, c'est-à-dire pendant vingt-quatre ans, il est resté sain d'esprit et a eu une conduite normale.

IX. — Femme de trente-quatre ans. Internée en septembre 1880. Eut une période de délire violent. Elle avait des illusions et des hallucinations terrifiantes. Elle croyait qu'elle était perdue et qu'elle allait mourir d'une mort horrible. Fit une tentative de suicide. Bien qu'elle se soit un peu calmée peu après son internement, elle resta longtemps hallucinée, eut des hauts et des bas, traversa des périodes d'excitation violente, où elle criait, se déshabillait, exhibait ses parties génitales. A

©BIUM

partir de décembre 1888, elle présenta une amélioration rapide et, déclarée guérie, rentra dans sa famille. Elle y mourut en décembre 1902, et, pendant près de seize ans, elle y avait vécu normalement, saine d'esprit. Même, dans l'intervalle, elle avait trouvé à se marier.

X. — Femme de soixante ans. A son entrée dans l'asile, en juillet 1885, elle était déprimée, avait des hallucinations visuelles et auditives terrifiantes, et faisait du délire religieux. Elle resta sous l'influence de sa maladie mentale jusqu'au commencement de 1890; à partir de ce moment, elle s'améliora et sortit guérie le 20 octobre de cette année. Elle est décédée le 13 mai 1900, et, dans l'intervalle, n'avait présenté aucune rechute.

XI. — Homme de quarante-trois ans. Interné en octobre 1878; mélancolique, halluciné, avec idées délirantes de damnation et tendance au suicide. Après des vicissitudes diverses, dans lesquelles l'amélioration sembla plusieurs fois se produire, mais n'aboutit pas, il arriva enfin à une tranquillité plus prolongée et, en 1901, fut rayé du rôle des malades de l'asile, tout en restant au service du médecin. Il mourut en 1906, n'ayant pas, dans ces cinq dernières années, cessé de présenter des allures normales.

Dans cinq de ces cas, il y avait de la pellagre. Dans six, on avait trouvé de l'hérédité, alors que les autres en étaient exempts. Dans le cas de la moins longue durée, la maladie avait duré un peu moins de cinq ans, et dans le plus long quatorze ans. Je laisse, à dessein, de côté le dernier, où la maladie est dite avoir duré vingt-deux ans, parce que la persistance de la maladie dans ce cas est moins nette que dans les autres. Enfin, et cela est d'un intérêt vraiment capital, tous ces malades ont pu être suivis de leur sortie de l'asile jusqu'à leur mort; les uns ont vécu cinq ou six ans, deux jusqu'à vingt-trois et vingt-quatre ans après leur sortie de l'asile; aucun n'eut de rechute, et, pour tous, l'auteur termine ses observations en disant qu'ils eurent une vie sociale saine et normale.

En faisant ses recherches, M. le Dr Bravetta n'avait

©BIUM

aucunement en vue la question du divorce ; il s'occupait uniquement des guérisons tardives en elles-mêmes, et ne pouvait donc être suspect d'avoir des idées préconçues sur la question susdite. Ses constatations n'en sont que plus intéressantes. Comme on l'a vu, dans un des cas, la malade, après sept années de séjour dans l'asile, avait été déclarée incurable, et, en conséquence, sa famille se disposait à la faire interdire, lorsque c'est précisément alors qu'elle évolua vers la guérison. Ce fait n'est-il point ici évidemment d'un intérêt tout particulier ?

Que conclure ?

C'est que, au point de vue du pronostic de l'incurabilité des maladies mentales, maintes conditions commandent, toujours et partout, la plus grande réserve ; il est en effet impossible, dans nombre de cas, même au médecin aliéniste le plus expérimenté, de savoir dans quelle mesure et dans quelle profondeur les facultés mentales sont définitivement altérées, oblitérées, perdues ; et, s'il ne veut pas s'exposer à des décisions qui pourraient avoir des conséquences graves, tant pour lui-même que pour autrui (car il ne faut pas oublier que nous pourrions notamment être responsables du préjudice causé par nos affirmations), le médecin aliéniste fera bien de ne jamais préjuger, dans une affaire judiciaire, l'incurabilité d'un aliéné quelconque.

C'est que si le législateur prétend fixer à trois années la limite de curabilité des maladies mentales, nous devons, au nom des faits eux-mêmes, protester de toutes nos forces.

C'est encore, c'est peut-être surtout que, prononcé contre des aliénés, incapables de protester, de se défendre ; incapables de faire connaître eux-mêmes dans quelles conditions leur maladie mentale a pris naissance,

©BIUM

le divorce pour cause d'aliénation mentale pourrait, au point de vue social, être une véritable monstruosité. Nous avons à cet égard, nous, médecins aliénistes, le droit et le devoir d'affirmer qu'il serait ainsi antisocial et immoral au premier chef.

Nous devons donc, toujours comme médecins aliénistes, faire fi de ce qui peut exister dans d'autres pays, sous d'autres climats, et demander énergiquement, au nom de la justice et de la morale sociale, que, dans notre pays, l'aliénation mentale ne puisse jamais, en aucun cas, être considérée comme une cause de divorce.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 24 JUIN 1912

Présidence de M. KLIPPEL, président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Collet, Conso et Rayneau, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Vlavianos, d'Athènes, remerciant la Société de l'avoir nommé membre associé étranger ;

2° Une lettre de M. Lucien Libert, interne des asiles de la Seine, demandant à faire partie de la Société en qualité de membre correspondant. — Commission : MM. Bonnet, Trénel et Sérieux, correspondant ;

3° Une lettre de M. Bajénoff, de Moscou, annonçant que le V^e^ Congrès international de l'Assistance des aliénés se tiendra à Moscou, en décembre 1912. — La Société délègue à ce Congrès M. Lwoff.

La correspondance imprimée comprend :

Les problèmes des rapports de la psychologie criminelle et du droit ; — *La méthode psychopathologique dans l'étude de la personnalité criminelle* ; — *Sur les caractéristiques psychologiques de l'enfance anormale* ; — *La mentalité criminelle*, par M. Del Greco.

©BIUM

A propos du prix Christian.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Un des internes d'asiles qui ont obtenu le prix Christian m'a demandé s'il avait le droit d'inscrire sur sa thèse le titre de lauréat de la Société médico-psychologique. Avant de lui répondre, par l'affirmative ou la négative, j'ai cru devoir soumettre la question au Conseil de famille de notre Société.

Le Conseil de famille en a délibéré aujourd'hui. Il considère que le prix Christian est en réalité une subvention donnée à un jeune interne pour lui permettre de faire imprimer sa thèse, mais ne récompense pas cette thèse. Pour qu'il n'y ait plus de méprise possible, il vous propose d'ajouter au règlement du prix Christian un article, qui serait l'article 4, et qui serait ainsi libellé :

ART. 4. — Le prix Christian ne confère pas à l'interne qui l'a obtenu, le titre de lauréat de la Société médico-psychologique.

Cet article, mis aux voix, est voté à l'unanimité des membres présents.

Rapports de candidature.

M. DUPAIN. — Messieurs, dans votre séance précédente, vous avez nommé une Commission composée de MM. Dupré, Magnan et Dupain, rapporteur, à l'effet d'examiner les titres et travaux scientifiques de M. le Dr Vieux-Pernon, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Dijon, qui demande à faire partie de votre Société en qualité de membre correspondant.

M. le Dr Vieux-Pernon a été un collaborateur instruit et zélé pendant son internat dans mon service à l'asile de Vaucluse et je suis heureux de présenter sa candidature à vos suffrages. Ancien élève de la Faculté de Lyon, il fut nommé au concours de 1903 externe des hôpitaux de cette ville ; il étudia la chirurgie générale à l'Hôtel-Dieu, dans le service du professeur Maurice Polosson, la gynécologie et la médecine infantile à l'hôpital de la Charité, et la médecine générale à la Croix-Rousse. Ses maîtres furent le professeur Auguste

©BIUM

Polosson, Devic, Audry, Chatin. Sa thèse de doctorat soutenue en juillet 1906 obtint la mention « très bien ». C'est une thèse de chirurgie « sur un nouveau procédé de traitement opératoire de certains prolapsus utérins », travail mis en œuvre à la clinique gynécologique de la Faculté de Lyon sous les auspices de M. le professeur Auguste Polosson. Si chez les femmes jeunes, les opérations de restauration physiologique sont indiquées, chez les femmes âgées (au sujet desquelles on n'a pas à envisager la possibilité d'une grossesse ni les troubles généraux et nerveux consécutifs à l'ablation des organes génitaux), on peut s'adresser directement à la suppression de l'utérus, suivie d'une fixation à la paroi du moignon vaginal, lorsqu'il s'agit de grands prolapsus que des interventions bénignes seraient incapables de soulager.

Au concours de 1907, M. le Dr Vieux-Pernon est nommé interne des asiles d'aliénés du département de la Seine ; il occupe ces fonctions dans mon service à l'asile de Vaucluse, et l'année suivante il passe à l'asile clinique dans le service de M. Magnan. Elève de M. le professeur Dupré, il obtient en 1908 le diplôme de l'Institut de Médecine légale et de Psychiatrie de l'Université de Paris. Au concours de 1909, il est nommé médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés. Quelque temps après, il est élu membre correspondant de la Société clinique de médecine mentale de Paris. A la séance du mois de janvier 1910, M. Vieux-Pernon présente à cette Société deux malades du service de M. Magnan, dont l'un était atteint du délire systématisé des dégénérés et l'autre, sa mère, était atteinte de délire polymorphe. Le premier, âgé de trente et un ans, fut interné au moment où, sous l'influence de ses idées délirantes, il allait porter une réclamation au domicile d'un ministre qu'il accusait de favoriser le bouleversement social. Après une courte période d'hésitation et à l'occasion d'hallucinations et d'interprétations, il s'était considéré comme la réincarnation du Christ chargé de révéler aux hommes la venue des temps nouveaux. Sa mère, hallucinée, excitée, en proie à une activité désordonnée, émettait des idées délirantes polymorphes de persécution et de grandeur, rééditant un

©BIUM

premier accès analogue qui s'était terminé un an auparavant par la guérison. Sans qu'il puisse être question d'un délire à deux, pas plus que de deux états identiques, il était intéressant de constater la différente allure symptomatique que peut donner à deux êtres aussi étroitement unis par les liens du sang, l'entité morbide : dégénérescence.

Alors que M. le Dr Vieux-Pernon était médecin à l'asile d'Armentières, il a publié, en collaboration avec M. le professeur Raviart, son chef de service, la relation de l'observation d'un militaire simulateur. Il s'agissait d'un engagé volontaire qui, condamné pour désertion à deux ans de prison, eut, après le prononcé de sa condamnation par le Conseil de guerre, un accès de désespoir intense avec excitation, gestes et propos incohérents, qui nécessita son transfèrement à l'hôpital militaire. Alors qu'il était complètement revenu à lui, et sous les conseils et l'influence d'un camarade qui avait séjourné dans un asile d'aliénés, il simula un état d'hébétude et de prostration tel qu'il fut envoyé à l'asile d'Armentières avec le diagnostic de démence précoce. Au premier examen, il avoua la supercherie et conta son histoire. C'était celle d'un débile instable qui, depuis sa plus tendre enfance, avait présenté des troubles du caractère avec irritabilité morbide, fugues répétées, déséquilibration psychique et qui n'aurait jamais dû être admis dans un régiment. La simulation pouvait être nettement considérée chez lui comme un symptôme surajouté et le faire classer dans la catégorie des sursimulateurs.

Je ne voudrais pas, Messieurs, fatiguer plus longtemps votre attention. Déjà clinicien instruit, M. le Dr Vieux-Pernon s'est livré avec ardeur à l'étude de votre spécialité. Ancien interne des asiles de la Seine, médecin-adjoint de l'asile de Dijon, il est en possession d'un vaste champ d'études. Il apportera à vos travaux sa part contributive d'observations et de recherches scientifiques. C'est pourquoi, en qualité de rapporteur de votre Commission, je vous propose de décerner à M. le Dr Vieux-Pernon le titre de membre correspondant de votre Société.

Conformément à ces conclusions, M. Vieux-Pernon est élu membre correspondant à l'unanimité des votants.

©BIUM

M. SEMELAIGNE. — Messieurs, vous avez chargé une Commission, composée de MM. Legras, Truelle et Semelaigne, rapporteur, de vous présenter un rapport sur la candidature du Dr Guido Ruata, qui sollicite le titre de membre associé étranger. Le Dr Ruata, ancien médecin adjoint du manicome provincial de Côme, exerce aujourd'hui les fonctions de médecin en chef au manicome de Pesaro. Actif et laborieux, il a publié de nombreux et intéressants travaux ; mais les limites étroites d'un rapport n'en permettant point l'analyse, je dois me borner à une simple énumération :

La digestion gastrique dans la sitiophobie.
Les maladies mentales dans la race noire.
Civilisation et folie.
Du non-restraint.
Quelques considérations de technique hospitalière.
Mélancolie et psychose maniaque dépressive.
Sur la psychose d'épuisement.
De l'accès épileptique et de l'équivalent onirique.
La pellagre à la lumière des connaissances récentes.
Sur la nosographie clinique de la paranoïa et de la démence précoce paranoïde.
La paranoïa dans l'évolution historique.
Sur la psychologie clinique et la fonction de la volonté dans la démence précoce.
L'école de perfectionnement à la clinique de Kraepelin.

Messieurs, votre Commission vous prie de bien vouloir accorder au Dr Guido Ruata le titre de membre associé étranger.

Conformément à ces conclusions, M. Guido Ruata est élu membre associé étranger à l'unanimité des votants.

Délire systématisé modifié par un état aigu d'excitation maniaque avec hallucinations. Un cas de délire difficile à classer,

par MM. M. KLIPPEL et R. MALLET.

OBSERVATION. — Mme F..., Augustine, âgée de quarante ans, lingère, entre à l'hôpital Tenon, salle Magendie, n° 12, le 9 mai 1910. La malade aurait eu une enfance malheureuse ; sa

©BIUM

mère, alcoolique, la frappait ; elle a quitté ses parents à l'âge de vingt et un ans pour venir à Paris et ne sait ce qu'ils sont devenus. Comme antécédents pathologiques on ne note que des angines à répétition. Mme F... a une fille de dix-neuf ans, bien portante, qui nous a donné les renseignements suivants :

La malade vit seule avec sa fille depuis la mort de son second mari en octobre dernier ; elle l'avait épousé en 1903, ayant perdu le père de l'enfant en 1897. Vaniteuse et coléreuse, Mme F... avait de fréquentes discussions, sans motifs valables, avec sa fille, avec ses voisins et ses amis. Ces discussions étaient devenues particulièrement violentes lorsque les époux F..., qui tenaient une boutique de marchands de vin depuis sept ans, virent leurs affaires péricliter et durent se retirer. La femme et le mari rendirent responsables de cet état de choses leur entourage et, d'après leur fille, ils auraient tous deux manifesté de véritables idées de persécution. Mais c'est surtout depuis la mort de son second mari que Mme F... est devenue intolérable : sa fille ne croit pas qu'elle ait jamais commis des excès de boissons. La malade se plaignait surtout de sa voisine d'en face, qui, disait-elle, se servait d'un réflecteur la nuit pour voir ce qui se passait dans sa chambre ; elle souriait d'un air entendu lorsqu'on essayait de la persuader que ce qu'elle prenait pour un réflecteur n'était probablement que la partie supérieure d'un berceau qui formait arceau au-dessus du rebord de la fenêtre. Dans la suite, la malade se levait presque toutes les nuits proférant des menaces contre les voisins qu'elle accusait de l'empêcher de dormir. Puis elle s'est plainte d'entendre des voix par la télégraphie sans fil, et, après avoir adressé plusieurs lettres de menaces au Procureur restées sans réponse, elle s'est décidée à porter constamment un revolver chargé sur elle ; elle s'en servirait un jour contre sa voisine d'en face cause de tous ses ennuis, disait-elle. Elle n'en a pas moins continué à travailler, cousant à la machine et tenant bien son ménage, jusqu'à ce qu'on l'amène à l'hôpital.

Nous nous trouvons en présence d'une femme chez laquelle on ne relève aucune tare physique extérieure, dont l'état général semble excellent, et qui nous dit être venue à l'hôpital parce qu'elle « souffre du cœur ». L'examen du cœur ainsi que des divers appareils est négatif ; la température est normale.

« Il y a de quoi avoir mal, dit-elle, Mme D..., ma voisine d'en face, prétend par la télégraphie sans fil qu'elle m'a donné plus de cent coups de poignard au cœur. — Tenez, je ne me trompe pas, j'en ai la marque sur la poitrine. » Et la malade découvre sa poitrine, où elle ne trouve plus elle-même « les rougeurs » qu'elle avait constatées le matin. Et, sans qu'on ait besoin de le lui demander, avec abondance, sans colère appa-

©BIUM

rente, elle nous raconte que ses « malheurs » datent de son emménagement dans un nouveau quartier en janvier dernier. Auparavant, son existence était normale. « Mais, presque tout de suite j'ai remarqué quelque chose : Mme P..., épicière d'en face, que je voyais de ma fenêtre au premier étage, causait beaucoup sur moi. J'entendais tout de chez moi ; elle criait à ma propriétaire qu'elle avait un joli tableau dans sa maison ; elle le disait à ses clientes. J'entendais distinctement. — Comme vous m'entendez? — Aussi distinctement qu'on entend quelqu'un parler dans une cour — Par vos deux oreilles? — Bien sûr. — Pas plus d'une oreille que de l'autre? — Des deux la même chose. — Et qu'est-ce que vous entendiez? — De jolies ordures pas à répéter. — Mais encore? — Que je sortais d'un bordel, que je couchais avec ma fille. — Vous habitez avec votre fille? — Oui. J'ai même écrit à la Préfecture, on n'en a pas tenu compte. D'ailleurs, j'ai déjà voulu la poursuivre en justice de paix et elle a répondu au juge qu'elle ne me connaissait pas, ne m'avait jamais vue, qu'elle ne savait pas ce que je voulais dire. Puis j'ai appris qu'elle me faisait passer pour voleuse. — Par qui? — Elle le criait elle-même en pleine boutique. Après, elle m'envoie un paquet empoisonné qui ne m'a pas été remis heureusement (il s'agirait d'un paquet qu'une voisine aurait pris chez l'épicière en disant : « Elle lui envoie un paquet, il doit être empoisonné »). — Est-ce que vous avez remarqué que parfois vos aliments, ce que vous buvez, avaient un goût particulier? — Non. — Avez-vous senti de mauvaises odeurs? — Non plus. — Est-ce qu'on a fait défiler des images devant vos yeux quelquefois? — Non, je ne le crois pas. — Pourtant vous avez vu un réflecteur? — Oui, j'ai vu le réflecteur. — Qu'est-ce que c'est? — Je ne sais pas, ça fait un point sur le mur, un point blanc; mais je le sentais bien sur le cœur. — Qu'est-ce que vous sentiez? — Des points comme des coups de poignard. — Est-ce qu'on vous a électrisée? — Je ne sais pas. Mais depuis quinze jours c'est pire ; je ne peux plus passer dans le quartier. Et puis je m'aperçois de la télégraphie sans fil. — Depuis quand? — Je ne m'en aperçois que depuis six jours. — Qu'est-ce que c'est? — Je l'entends, mais je ne l'ai pas vue. J'entends distinctement toutes les paroles qu'on dit. — Par exemple? — Hier, par exemple, j'ai entendu que tout Paris témoignait pour moi et j'ai entendu que Mme P... a dit qu'elle m'avait envoyé par magie cent coups de poignard. — Comme vous m'entendez? — Oui. — Avez-vous senti ces coups de poignard? — Je ne m'en suis peut-être pas rendu compte. Je sentais des malaises. — Avez-vous vu un poignard? — Non, je ne l'ai pas vu. »

La malade reste tranquille la journée; elle mange bien, lit

©BIUM

son journal, va et vient dans la salle sans parler aux autres malades, mais répond de bonne grâce quand on lui adresse la parole. La nuit est calme, et le lendemain la malade demande du travail. On l'occupe dans le service et rien dans sa manière de vivre ne laisse soupçonner ce que la conversation révèle.

Pas de modifications notables pendant environ un mois. De temps en temps la malade émet de nouvelles idées délirantes à point de départ hallucinatoire ou interprétatif. Le 12 mai : « Avez-vous bien dormi? — Oui, mais je sens toujours des pesanteurs sur le cœur. — Ici on vous laisse tranquille? — Oui, personne ne m'ennuie; ces dames ne sont pas méchantes. — Alors ça va bien? — Je ne sais rien, mais je sais bien que j'ai entendu tout à l'heure qu'on a dit que j'étais réchappée du moment que j'avais senti le salicylate. — Qui a dit cela? — Je ne reconnais pas la voix. — Dans la salle? — Je ne sais pas si c'est d'ici ou d'ailleurs. — Est-ce quelqu'un qui parlait à votre oreille? — Ça devait tourner tout autour de Paris parce que je l'ai entendu plusieurs fois de file. — Comment pouvez-vous l'entendre? — Je ne m'explique pas parce que je ne sais pas comment c'est, la télégraphie sans fil; mais je sais bien que je l'entends. »

Le 1er juin, quand on s'approche du lit de la malade : « Eh bien! dit-elle, ça a marché les fils sous le lit. — Quels fils? — Vous savez bien, la télégraphie sans fil. — Qu'est-ce qui vous fait dire cela? — Si vous croyez que je n'ai pas entendu tout ce charivari; et puis je le sens bien. » Mais il est impossible d'obtenir une réponse précise et à chacune de nos questions la malade répète : « Vous le savez bien... vous le savez mieux que moi ».

Le 7 juin, la malade refuse de se lever. Elle est très agitée : elle fait des bonds dans son lit, chante des romances légères, rit aux éclats quand on l'interroge, sans répondre aux questions, demande si on veut l'embrasser; elle refuse de manger et lance par terre l'assiette qu'on lui présente. Vers midi, elle saute brusquement de son lit, court à travers la salle, l'air effrayé, en criant : « Au feu! au feu! », se précipite à l'office, ouvre tout grand le robinet d'eau en s'écriant : « J'éteins le feu... allez... allez... j'éteins », et en même temps elle se met elle-même sous le jet d'eau. On la ramène avec peine dans son lit, mais elle refuse de remettre une chemise disant : « Il faut que je me mette toute nue devant Paris. » Quelques minutes après, sa figure change brusquement d'expression : ses yeux étonnés, hagards, agrandis, fixent le plafond, ses mains se joignent dans un geste de prière; et dans une sorte d'extase la malade s'écrie : « Le bon Dieu, voilà le bon Dieu, regardez-le. » Puis elle descend de son lit, s'agenouille, les mains toujours jointes, les yeux tou-

©BIUM

jours tournés vers le plafond, en disant : « Prions le bon Dieu », et, quand la surveillante vient pour la relever : « Mettez-vous à genoux près de moi, faites comme moi, priez le bon Dieu. » On arrive enfin à la recoucher ; elle reste dans la même attitude et finit par s'assoupir. A la fin de la journée on lui demande : « Que s'est-il passé tout à l'heure? — Je ne sais pas. — Y a-t-il eu le feu? — Je n'ai rien vu. — Avez-vous vu le Christ? — Oui, j'ai vu la croix et j'ai vu le Christ dont le cœur s'entr'ouvrait et j'ai vu les marguerites comme sur le Christ qui est dans ma chambre. — Comment était le Christ? — Je ne sais pas. J'ai vu la croix comme elle est dans ma chambre, comme une vision. »

Le lendemain la malade refuse de répondre. « Comment ça va?... Avez-vous vu quelque chose hier? — Je ne raconte rien. » Et jamais dans la suite elle n'est revenue sur les événements de ce jour-là. L'agitation persiste les jours suivants. Nuit et jour la malade chante des cantiques ; ou bien elle rit aux éclats, prend les objets qu'elle trouve auprès d'elle et les embrasse avec exaltation ; de même elle cherche à embrasser quiconque l'approche.

Le 12 juin, au matin, elle raconte avoir vu MM. K... et M... sur la tour Eiffel. « Qu'est-ce que vous avez vu? — J'ai vu la tour Eiffel avec vos images. Je la voyais au naturel jusqu'au haut, jusqu'à la cabine. — Devant vous? — Comme une vision devant les yeux. — Ce n'était pas sur le mur? — Ça me représentait la tour Eiffel au naturel. — Etait-ce sur du papier? — Je ne sais pas. Je la voyais comme elle existe réellement, mais je crois que vos photos étaient sur le papier. — Alors c'était des photos? — Je ne sais pas ; ceux qui l'ont fait savent mieux que moi. Je vous dis ce j'ai vu ; je ne peux pas dire autre chose. Même j'ai vu un corps allongé qui représentait celui de M. M... la tête saignante et le crâne ouvert. »

Les jours suivants elle reparle de la tour Eiffel et c'est de là que partent les fils électriques qui lui « tirent les nerfs du cœur ». Un jour elle se dit la fille du Dr Landouzy, qu'on le lui a appris par la télégraphie sans fil. « Vous le connaissez, le Dr Landouzy? — Il y a vingt-deux ans il m'a soignée pour une angine à l'hôpital, mais il n'était pas encore doyen. — Et la tour Eiffel? — Je ne la vois plus. — L'avez-vous vue? — Oui, avec vos images. — Et le Christ? — Je ne l'ai jamais vu. — La croix avec des marguerites? — Ça existe dans mon logement, pas ailleurs. — Vous m'aviez dit l'avoir vue. — Je n'ai jamais dit ça. Il ne faut pas jouer avec le Christ. Je suis catholique et je ne joue pas avec la religion. »

Mme P... a repris ses occupations ; elle passe sa journée à travailler au crochet ou à faire le ménage. Elle mange et dort

©BIUM

bien. Elle est gaie, chante souvent, et répond en souriant aux questions qu'on lui pose. — « Quoi de nouveau? — Je voudrais partir dimanche. — Pourquoi? — Pour m'en aller avec ma fille. Je pense qu'ici l'expérience a assez duré (elle rit). — Quelle expérience? — On voulait me faire passer pour folle, je le sais. Ici c'était l'expérience; il est probable qu'on m'a fait venir exprès (il n'est plus question de la dame P..., la voisine). — Et les images? — C'est vous qui les faisiez; je n'ai pas coupé dedans; vous m'avez fait voir une belle science. — Quelle science? — Je sais que la magie est une science. Vous la connaissez mieux que moi, mais vous voulez me faire causer tout du long. — Et en ce moment? — On ne joue plus la magie. »

Quelques jours après : « Et le réflecteur? — Je ne le vois plus. — L'avez-vous vu? — Je sais que je voyais l'image et voilà tout. — Quelle image? — Je vous ai vus sur la tour Eiffel vous debout et M. M... couché; il avait la tête ouverte. C'était une gravure puisqu'il venait tous les jours dans la salle. — Comment l'avez-vous vu? — Je l'ai vu ici devant mes yeux. — Qui vous montrait cela? — C'est vous qui l'avez fait, vous devez le savoir mieux que moi. — Dans quel but? — Ça ne me regarde pas. — Est-ce vrai tout cela? — Je ne sais pas, mais ça n'est pas un rêve ».

Réclamée par sa fille, M^me^ P... quitte le service le 4 août 1910.

En résumé, voici une malade qui entre à l'hôpital Tenon offrant le type clinique du délire de persécution systématisé avec hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale. Ce délire s'est installé progressivement, depuis environ six mois, chez une *débile* comme en témoignent, outre la tenue du délire, le masque de la malade et les renseignements que nous avons recueillis sur ses antécédents.

Il ne s'est guère enrichi que de quelques nouvelles interprétations jusqu'au moment où, après environ un mois de séjour à l'hôpital, est survenu un épisode que rien ne pouvait faire prévoir. C'est un accès d'excitation maniaque, suivi d'une crise hallucinatoire aiguë. Semblant en proie à des hallucinations visuelles terrifiantes, la malade présente un état d'agitation extrême au cours duquel elle assiste en actrice à un incendie ; et aussitôt après, sous l'influence d'hallucinations mystiques, elle tombe dans une sorte d'extase qui aboutit au sommeil. De cette crise la malade n'a gardé qu'un souvenir vague, incomplet presque, et, à

©BIUM

son réveil, quand on lui demande s'il y a eu le feu, elle ne s'en souvient pas, alors qu'elle se rappelle avoir vu le Christ.

Ce dernier souvenir s'est lui-même effacé très rapidement et jamais dans la suite il ne nous fut possible de le réveiller. Par contre, l'état hallucinatoire s'est prolongé d'une manière subaiguë, sous la forme d'un délire de rêve, que la malade a fixé à tel point qu'elle l'a incorporé à son délire. Mais ce ne fut qu'un épisode et Mme F... n'a désormais plus présenté d'hallucinations visuelles ; elle est redevenue la persécutée classique avec, exclusivement, des hallucinations auditives et de la sensibilité générale et des interprétations délirantes. Celles-ci sont même devenues l'élément principal du délire de la malade dont le système initial a fini par disparaître complètement.

Il semble toutefois qu'à la suite de l'accès aigu qu'elle a présenté Mme F... ait conservé un fond d'excitation maniaque qui se traduit par son exubérance, sa bonne humeur, la façon relativement joyeuse dont elle accepte les persécutions qui, au début, entraînaient les réactions violentes que nous savons.

C'est dans cet état qu'elle quitte l'hôpital où elle est restée quatre mois.

La malade a fait un second séjour à Tenon du 8 avril au 22 juin 1911, pendant lequel nous n'avons noté aucun changement appréciable.

Enfin, tout dernièrement, nous venons de la revoir grâce à l'extrême obligeance de M. le Dr Trénel, dans le service duquel elle se trouve depuis octobre 1911. M. Trénel avait fait le certificat de quinzaine suivant : « Délire systématisé avec idées de persécution. Hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale. Elle a entendu l'éclusier venir sur son carré pour faire la transfusion ordonnée par un médecin. S'excite. »

C'est dire que l'état de la malade ne s'est guère modifié depuis que nous l'avions perdue de vue. C'est le 19 juin dernier que nous nous sommes trouvés auprès d'elle. Elle nous a tout de suite reconnus, a semblé heureuse de notre visite et pendant la conversation elle s'est montrée gaie, expansive, riant à tout propos, plaisantant même à certaines de nos questions. Elle est

©BIUM

bien orientée et se rappelle son séjour à Tenon, où « tout le monde a été gentil pour elle ». « Est-ce que vous croyez que je ne me rappelle pas toutes vos comédies ? La télégraphie sans fil existe. J'entendais toutes sortes de voix, surtout dans le jardin. Quand vous piquiez la grosse Aline, le 17 *bis* de la salle, croyez-vous que je ne sais pas comment vous opériez ? » (Elle parle d'une malade qui était en même temps qu'elle à Tenon, et souffrait de névralgie sciatique.) Elle se rappelle très bien l'image de la Tour Eiffel, mais pas du tout l'histoire de l'incendie ou celle du Christ, et il n'est plus question de son ancienne voisine Mme D... « Ici, je m'amuse à toutes sortes de jeux ; je travaille ; je brode (c'est une des meilleures ouvrières du service). Si on installe des fils, je m'en amuserai, je ne souffre plus. Tant pis si on me fait souffrir, j'en rigolerai maintenant. » Les autres malades de l'asile sont des victimes de la télégraphie sans fils, de la télégraphie à mouches. « Pourvu que je m'amuse c'est l'essentiel ; je m'amuse de tout, de l'idée qui passe. » La malade fait parfois des réponses énigmatiques et l'on est frappé par la vivacité de certaines de ses réparties. « Pourquoi êtes-vous ici ? — L'air me fait du bien, faut croire. Vous ne me prendrez pas. » (Elle sourit malicieusement.) Puis, quand on la quitte : « Je suis très contente de vous avoir vu pour me rappeler toutes vos singeries. »

Ainsi Mme D... ne présente aucun trouble de la mémoire, aucune trace d'affaiblissement intellectuel. Elle reste une persécutée d'une note un peu particulière, en ce sens qu'elle réagit comme une maniaque, dont elle a l'excitation intellectuelle, l'état cénesthésique agréable qui lui fait dire si justement : « Je m'amuse de tout, de l'idée qui passe. »

Cette observation nous a paru intéressante à rapporter, parce qu'elle soulève la question des psychoses associées, encore controversée à l'heure actuelle, comme en témoigne l'article du Dr Masselon, paru ce mois-ci dans le dernier numéro des *Annales medico-psychologiques*. S'agit-il ici de psychoses associées ou bien d'une forme morbide particulière ayant une cause unique et son évolution propre ?

Il est évident que nous avons affaire à une affection

©BIUM

mentale développée chez une prédisposée héréditaire, et l'on pourrait être tenté de parler de *Dégénérescence mentale avec délire polymorphe*, l'accès maniaque et hallucinatoire, qu'a présenté la malade, étant alors considéré comme une de ces manifestations que M. Magnan désigne sous le nom de *bouffées délirantes des dégénérés*.

On pourrait aussi songer, surtout en l'absence de renseignements sur le début de l'affection et si on se basait uniquement sur l'état actuel de la malade, à ces délires isolés par certains auteurs sous l'étiquette de *délires systématisés secondaires*, délires d'interprétation plutôt qu'hallucinatoires, à base d'excitation mentale, qu'on fait entrer, suivant leur évolution, soit dans la psychose maniaque-dépressive, soit dans le délire d'interprétation, soit dans la démence paranoïde.

Le cas de notre malade nous paraît tout à fait spécial. Il peut se résumer de la façon suivante : délire de persécution systématisé, hallucinatoire et interprétatif, d'aspect classique ; phase intercurrente d'excitation maniaque avec confusion, hallucination de la vue, rêve prolongé, dont la malade a gardé en partie le souvenir ; enfin état intermédiaire entre ces deux aspects cliniques, marqué par un délire de persécution plus ou moins bien systématisé, surtout interprétatif, avec cénesthésie exaltative, excitation et euphorie, sans traces d'affaiblissement intellectuel depuis le début jusqu'à ce jour. Cet état intermédiaire venant en quelque sorte relier les deux aspects cliniques précédents est pour nous en faveur d'une seule et même cause pathogène qui serait à l'origine des diverses expressions délirantes présentées par notre malade. En admettant l'*alcoolisme*, que nous pouvons soupçonner dans notre cas, nous expliquons assez facilement le délire de persécution chez une prédisposée, et aussi l'accès de manie avec hallucinations multiples, qu'on pourrait alors mettre sur le compte d'une auto-intoxication, celle-ci étant, nous le savons, à l'origine des délires subaigus des alcooliques.

Quelle que soit l'interprétation, ce cas nous a paru intéressant comme présentant un aspect clinique spécial et très difficile à classer.

©BIUM

DISCUSSION

M. TRÉNEL. — La malade dont MM. Klippel et Mallet présentent l'observation a une histoire intéressante. Je l'observe depuis des mois et elle conserve depuis son entrée la même attitude hypomaniaque contrastant avec un délire systématisé.

Je puis en rapprocher une autre malade de mon service qui a plus d'un point commun avec elle. C'est une malade de quarante-sept ans, certainement un peu débile d'intelligence et de corps. Après une période d'incubation de quelques semaines, elle entra à l'infirmerie du Dépôt, où M. Legras porta le diagnostic de dégénérescence mentale et délire mélancolique avec appoint alcoolique. Le diagnostic de M. Magnan fut identique. A son entrée dans mon service, le 4 décembre 1908, ce sont les symptômes d'éthylisme qui, quoique peu intenses, me parurent tenir le premier plan; mais, dans les jours suivants, elle se montra franchement mélancolique avec raptus anxieux. Elle répondait à peine et, envahie par ses hallucinations pénibles, restait inerte toute la journée, dans une attitude presque de stupeur.

Subitement, le 18 avril 1909, quatre mois après son entrée, cette malade qui restait tout le jour immobile dans son coin, s'agite, brise les vitres, devient loquace, exubérante, parle d'un ancien amant, va, vient et, jusqu'aujourd'hui, reste dans un état hypomaniaque continu. En même temps, elle manifeste tout un délire de persécution avec hallucinations de l'ouïe psychomotrices et cénesthésiques : on veut la supprimer elle et son fils, on lui parle par le graphophone et le téléphone. On la fait parler par la *parole forcée*, on fait fonctionner des câbles électriques dans sa bouche, on lui donne des breuvages pour analyser ses pensées, pour lui faire dire des bêtises. Elle manifeste des sensations génitales. Elle expose complaisamment tout son délire dans des lettres nombreuses que je vous présente où se retrouve le mélange de la forme maniaque et du fond systématisé.

Il y a là coexistence de symptômes contradictoires,

©BIUM

et de tels cas sont difficilement classables. Est-ce là une combinaison de deux formes mentales : un délire systématisé et une psychose périodique évoluant simultanément? Je dois dire que je n'ai observé qu'une phase mélancolique et une phase maniaque, mais les apparences ont été telles que je m'attends journellement à retrouver la malade dans une nouvelle crise mélancolique.

Ou bien, est-ce un cas à évolution progressive où, après un stade d'incubation, un délire sytématisé s'est développé sur un terrain alcoolisé?

Quoi qu'il en soit, il m'a paru intéressant de rapprocher cette malade de la précédente. De tels cas n'ont, sans doute, pas échappé aux observateurs, mais je n'ai pas souvenir d'avoir lu d'observations analogues. Ils sont, je crois, actuellement inclassables. Je dois ajouter qu'il ne m'apparaît pas que ces deux malades présentent de l'affaiblissement intellectuel bien appréciable.

M. Arnaud. — L'observation de MM. Klippel et Mallet présente un grand intérêt, de même que celles sommairement rappelées par M. Trénel. Ces épisodes d'excitation ou de dépression plus ou moins accentuée qui accidentent l'évolution des délires systématisés chroniques sont assez mal connus.

D'après les traités didactiques, la marche de ces délires apparaît comme régulièrement continue. La réalité est parfois assez conforme à ces descriptions schématiques; mais souvent elle en diffère notablement, comme dans les faits de MM. Klippel et Mallet et de M. Trénel. Des faits analogues avaient bien été signalés depuis longtemps, et notamment dans l'excellent article de M. Ritti, du Dictionnaire de Dechambre, sur le délire de persécution. Dans cet article, qui date de 1887, M. Ritti cite l'opinion de mon cher maître, J. Falret, sur les paroxysmes et les rémissions qui interrompent si souvent le cours du délire de persécution chronique. J'ai souvent entendu J. Falret insister sur l'importance et la fréquence relative de ces faits, qui, disait-il, sont trop ignorés. Ils n'ont pas, cela est certain, suffisamment fixé l'attention, et c'est pourquoi les observations comme celles de MM. Klippel et Trénel présentent un intérêt tout spécial.

©BIUM

Au point de vue de l'interprétation des délires systématisés, ces faits ont aussi leur importance. On a voulu quelquefois considérer le délire des persécutions en particulier comme une simple déviation psychologique du *sens social*, comme une conception défectueuse des rapports sociaux, plutôt que comme une véritable maladie. Les paroxysmes dont il s'agit, les épisodes d'excitation maniaque ou de dépression mélancolique ne sauraient relever d'une telle interprétation. Ils sont une preuve, ajoutée à beaucoup d'autres, de la nature véritablement pathologique de ces délires systématisés, qu'il serait vraiment excessif de considérer comme de simples erreurs psychologiques.

M. Séglas. — J'ai publié dans mes leçons cliniques l'observation d'une femme de trente-sept ans, atteinte depuis une dizaine d'années de délire systématique de persécution avec hallucinations. D'ordinaire, elle se présentait sous l'aspect habituel, correct en apparence, de cette sorte de malades. Mais, par intervalles, se prolongeant de plusieurs jours à plusieurs semaines, cet aspect devenait tout différent et semblable à celui d'une mélancolique anxieuse à en juger d'après l'anxiété, les terreurs panophobiques, les idées de suicide et l'adjonction aux idées de persécution habituelles d'idées de culpabilité et de sacrifice, mais avec redoublement des hallucinations et confusion intellectuelle. S'agissait-il là d'accès de mélancolie anxieuse au cours d'un délire de persécution, c'est-à-dire de psychoses associées? Je me l'étais demandé tout d'abord ; puis je m'étais arrêté en définitive à l'idée de simples épisodes paroxystiques consistant dans l'exacerbation des troubles intellectuels antérieurs, notamment des hallucinations, déterminant un état réactionnel d'anxiété et de confusion : en un mot, pour parler le langage de l'époque, d'épisodes de paranoïa aiguë hallucinatoire au cours d'une paranoïa chronique.

J'ai actuellement dans mon service une autre malade, paranoïaque celle-là au sens le plus moderne du terme. Elle a le caractère particulier, susceptible, méfiant, hautain, de ces malades et leur délire à base d'interprétations prédominantes. Persécutée très active, elle est d'ordinaire, à la façon des raisonnants, très correcte,

©BIUM

volontiers même poseuse, dans sa tenue et ses allures. Or, par intervalles assez réguliers, à trois reprises depuis un an, presque subitement elle change d'attitude. Elle s'agite, se livre à des actes désordonnés, grimpe sur les bancs de la cour, déchire ses vêtements, ses souliers, se déshabille, est toute échevelée et, par instants, s'arrête en chemise ou même absolument nue dans un coin de la cour, s'obstinant à fixer le soleil. Tout cela se passe en silence et c'est seulement lorsqu'on l'interpelle que la malade répond par un torrent d'injures et de sottises incohérentes. Il est impossible de communiquer avec elle. Ces périodes ne durent que quelques jours, après lesquels c'est le retour plus ou moins rapide à l'état antérieur. Pendant longtemps, il fut impossible d'obtenir de cette malade, très susceptible, volontiers réticente (car elle ne cesse de réclamer sa sortie), aucune explication sur les extravagances de sa conduite pendant ces périodes. A la suite de la dernière seulement, il y a quelques jours, elle a dit qu'elle se déshabillait parce qu'elle avait besoin d'air, et s'exposait nue au soleil pour se purifier de la contamination des autres malades.

M. MALLET. — Nous sommes arrivés à cette conclusion qu'il s'agit bien, dans notre cas, d'une affection unique, un délire de persécution d'allure un peu particulière chez une prédisposée héréditaire. Nous avons cherché à montrer les rapports qui unissent les éléments en apparence disparates de ce délire, sans qu'il soit besoin de faire intervenir l'association d'une psychose surajoutée ; et nous nous sommes seulement demandé si l'alcoolisme, qu'on pouvait soupçonner chez notre malade, n'aurait pas favorisé l'éclosion de ce délire en même temps que déterminé son évolution spéciale.

M. KLIPPEL. — Il ne faut pas oublier d'autre part, qu'actuellement notre malade est dans un état qui constitue un troisième tableau clinique et qui se caractérise par l'association de l'hypomanie et d'idées systématisées de persécution ; il est donc difficile d'admettre que nous avons assisté à l'évolution d'une psychose intermittente ; il s'agit plutôt d'un délire systématisé quelque peu atypique. Je suis heureux d'avoir entendu rappeler, par M. Trénel et par M. Séglas, des observations du même genre.

©BIUM

Délire de persécution à base d'interprétations délirantes, traversé par des épisodes hallucinatoires d'origine toxique,

par M. A. VIGOUROUX.

L'observation dont je vais vous donner le résumé peut servir de complément à celle que viennent de nous communiquer MM. Klippel et Mallet.

Il s'agit d'un homme de quarante-neuf ans, persécuté dont le délire systématisé est basé presque exclusivement sur des interprétations délirantes et qui a présenté à plusieurs reprises des accès délirants hallucinatoires d'origine toxique. Il reconnaît le caractère nettement pathologique de certains accès et lui-même il les rapporte à des excès alcooliques; il est moins sûr du caractère morbide de certains autres, tout à fait analogues, du reste, dont il incorpore certains éléments dans son délire de persécution.

R..., après une vie très agitée et fertile en aventures de toutes sortes, habitait une de nos colonies. Il y vivait heureux, dit-il, quand vers 1903, il eut des difficultés d'affaires avec une grande Compagnie industrielle dont le siège social est à Paris. Il croyait avoir des droits certains sur des terrains exploités par cette Compagnie; il n'avait pas voulu négocier en temps voulu avec elle, et quand sous la pression de la nécessité il se décida à faire valoir ses droits, il fut débouté de sa demande et réduit à s'adresser à la justice. Il hésita à faire un procès.

Nous n'avons aucun renseignement qui nous permette d'apprécier la validité des droits en question et il est possible, probable même, qu'il y ait eu là un point de départ réel au délire qui commença à s'organiser. Toujours est-il que sous l'influence des préoccupations inhérentes à cette lutte contre une Compagnie riche et puissante, R... ne tarda pas à concevoir les pires craintes, même pour sa vie.

La Société, pour se débarrasser de ses réclamations, ne devait pas reculer devant un crime : manifestement elle cherchait à le faire disparaître. Il fut un jour attaqué à main armée par deux malandrins qu'il ne connaissait pas; un autre jour, il s'embarque sur une baleinière et s'aperçoit qu'elle a été perforée volontairement; d'autres fois, des coups de feu retentissent à ses oreilles, une carrière s'écroule lorsqu'il passe à côté, etc., etc.

©BIUM

Il voit nettement dans toutes ces tentatives la main de la Compagnie et, après avoir lutté quelque temps, il se décide à abandonner le pays et à venir à Paris réclamer son dû et protester contre de pareils agissements.

Dans son voyage de retour il passa par Sydney. Il avait fait des excès alcooliques et fut interné à l'asile de Paramata. Il eut un délire hallucinatoire dont il a conservé le souvenir précis. Entre autres visions, il se rappelle celle d'un homme que des malfaiteurs écorchaient vivant sous ses yeux. Il resta quelques semaines à l'asile, guérit et prit un paquebot en partance pour Gênes.

Il distingue très nettement cet épisode délirant de son histoire et convient qu'il a été réellement fou.

Débarqué à Gênes, il continua son voyage jusqu'à Paris et vint exposer ses doléances au directeur parisien de la Société. Celui-ci lui déclara nettement qu'il ne pouvait rien pour lui et que seule la Société coloniale était compétente. Il l'engagea à retourner d'où il venait.

Très déçu mais non surpris de cette réception, il fit pour se distraire une excursion à bicyclette dans les environs de Paris. Il rencontra deux cyclistes et continua sa promenade avec eux; quand il les eut quittés, il s'aperçut qu'il n'avait plus ses papiers où étaient inscrits ses titres de propriété. Il eut la conviction qu'il avait été filé par ces individus qui l'avaient volé, agissant pour le compte de la Société.

Il rentre à Paris, fait du scandale à l'Elysée en portant plainte contre ses prétendus voleurs.

Il est conduit à l'infirmerie du Dépôt, où il donne un faux état civil, se faisant passer pour un sujet autrichien. Le Dr Dupré porte le diagnostic de psychose à base d'interprétations délirantes (juillet 1905). Il est envoyé à Villejuif, où le Dr Marie le considère comme un dégénéré alcoolique persécuté. Il reste vingt mois à Villejuif et obtient sa sortie en mars 1907. Les recherches pour trouver son identité étaient restées infructueuses.

Sorti de l'asile, il va à Rouen et trouve un emploi comme garçon dépensier à l'hospice.

Mais de nouveau il a peur, il craint d'être encore poursuivi par la Société; il croit voir des marques d'hostilité sur la figure des personnes qu'il rencontre et quitte précipitamment Rouen et vient à Paris.

Il va à Versailles, et là, sur le quai de la gare, il se voit dévisagé par deux personnes qui le suivent. Dans un restaurant où il déjeune, il voit ces deux hommes parler au patron, et dans tout ce qu'il mange, il trouve un goût amer et nauséabond. Il sort à la hâte et porte une plainte en tentative

©BIUM

d'empoisonnement auprès du commissaire de police. Celui-ci le fait conduire à l'hôpital, où il resta trois jours. Revenu à Paris, il couche dans un hôtel de la rue du Grenier-Saint-Lazare. Il fut victime là d'un cauchemar épouvantable : il vit un malheureux ligoté dont les pieds étaient mangés par des rats énormes, il se réveille. « Mais, à peine avais-je eu le temps de me rendre compte que j'avais été victime d'un rêve affreux, nous écrit-il, que je m'aperçus que mon lit était plein de sang. Je me demandais si je rêvais encore; je fus obligé de me rendre à l'évidence lorsque j'eus écrasé dans mes doigts des caillots de sang coagulés et que je retirai ma main pleine de sang... Je sautai à bas du lit et sortis de l'hôtel en courant, convaincu que j'étais qu'un assassinat avait été commis de façon à faire retomber sur moi l'accusation et le châtiment. » Il se réfugia sur les bords de la Seine, puis dans l'église Saint-Augustin où il fut arrêté.

Conduit de nouveau à l'Infirmerie spéciale, il donne son véritable état civil et n'est pas reconnu. M. Dupré l'envoie à l'Hôtel-Dieu dans le service du Dr Ballet, après avoir constaté qu'il présentait des troubles psychiques complexes : « Illusions, hallucinations, terreurs, dont le malade a conscience, sans agitation ni violence. »

Il sort de l'Hôtel-Dieu le 21 juillet 1907, décidé « devant la tactique de ses adversaires à aller au devant de leurs coups et à agir au grand jour ». Il va faire du scandale à la direction de la Société, rue Laffitte, puis à l'Elysée, où il est de nouveau arrêté (24 juillet 1907).

Il est resté interné à l'asile de Vaucluse depuis cette époque avec le délire de persécution.

Depuis qu'il est à l'asile il est calme, mais toujours délirant; jamais il n'a présenté de troubles sensoriels. Il croit toujours à la réalité des poursuites de la Société et souvent dans les visiteurs il croit reconnaître des agents de la Société qui viennent s'assurer de sa présence. Il se croit à l'abri, au moins temporairement, de leurs coups. D'autre part, il a du persécuté le caractère méfiant, réticent et vaniteux.

Comme on le voit, le malade délirant persécuté, intelligent, capable à l'asile d'un travail intellectuel, porte sur les épisodes hallucinatoires qui ont traversé son délire des jugements différents. Il considère la scène hallucinatoire de Sydney comme un accident nettement pathologique, survenu par sa faute, du fait d'excès alcooliques avoués.

Il est beaucoup moins catégorique en ce qui concerne

©BIUM

le second épisode de délire onirique ; il se rend compte que la première partie de cette scène est un cauchemar, mais il reste convaincu de la réalité de la présence du sang dans son lit et il croit que cette mise en scène est due à la Société, et qu'elle avait pour but de le faire arrêter et condamner.

Le premier accès hallucinatoire constitue un élément surajouté au délire de persécution ; il lui est resté étranger ; le second accès s'y est associé en partie ; il s'est combiné avec lui et est devenu un de ses éléments constitutifs.

DISCUSSION

M. Trénel. — L'observation de M. Vigouroux est bien différente de la précédente. Nous y voyons très nettement l'association d'un délire systématisé d'interprétation et d'accidents délirants subaigus d'origine alcoolique.

M. Vigouroux. — C'est pour l'opposer à celle de MM. Klippel et Mallet que j'ai rapporté cette observation où l'association de deux états psychopathiques différents paraît indiscutable.

M. Arnaud. — On pourrait même dire, au moins à propos du deuxième accident alcoolique, que dans l'observation de M. Vigouroux, les deux psychoses se sont combinées. Au contraire, pour le cas de MM. Klippel et Mallet, il est tout au plus permis de soutenir qu'il s'agit d'un état s'écartant de la description moyenne.

La réaction de Wassermann en psychiatrie ; sa valeur clinique et médico-légale,

par M. Beaussart, médecin-adjoint des asiles.

Dans les quelques données générales traitant de l'application de la réaction de Wassermann en psychiatrie, que je me permets d'exposer devant vous, je n'envisagerai que les résultats cliniques pratiques que cette méthode biologique est susceptible de fournir, aux différents points de vue étiologique, pathogénique et dia-

©BIUM

gnostique ; j'essayerai ensuite de voir si, de ces résultats, il est possible de tirer quelques déductions de valeur indiscutable applicables à la médecine légale.

Tout d'abord, à l'heure actuelle, la réaction de Wassermann jouit-elle, dans son ensemble, d'une spécificité parfaite à l'égard du diagnostic de la syphilis? Au point de vue théorique, expérimental pur : non, puisque, contrairement à la pensée première de son auteur, elle n'est pas due à la combinaison de véritables antigènes et anticorps spirillaires, c'est-à-dire de substances jouant un rôle actif dans les processus d'immunisation.

Elle n'en subsiste pas moins en tant que réaction empirique, si l'on peut dire, réaction dans laquelle intervient toute une série de phénomènes entre substances lipoïdes d'origine cellulaire. Quels services peut-elle rendre alors? Peut-on se baser sur les résultats qu'elle donne pour affirmer que, dans un cas donné, il y a syphilis ou non? Cliniquement, il ne lui reste plus qu'une valeur bien relative (en ce moment je n'envisage que le domaine de la médecine générale). En effet, tant qu'elle demeure négative, elle n'a aucune signification, puisque dans certains cas, sans qu'on ait encore pu en expliquer le pourquoi, malgré une floraison d'accidents syphilitiques typiques — et c'est dans ces moments qu'elle atteint son summum de fréquence positive — elle persiste à ne pas donner de résultats positifs.

Sa constance positive seule permet de penser à la syphilis, et encore dans une certaine mesure, car l'on a rapporté d'assez nombreux faits où elle s'était également manifestée d'une façon positive, soit au cours de la scarlatine, soit avec la lèpre, soit — ce qui s'expliquerait mieux, étant donnée la parenté microbienne — avec les trypanosomoses et spirilloses humaines et animales.

De plus, c'est dans les circonstances où on a le moins besoin d'elle, la clinique se suffisant amplement à elle-même, qu'elle se montre positive de façon persistante, c'est-à-dire au moment de la floraison des accidents secondaires et en seconde ligne au moment de l'éclosion des accidents tertiaires. Ce n'est pas à dire qu'entre temps elle soit inutilisable : on a alors moins de chance de la voir se déceler positive ; mais aussi à quelles

©BIUM

erreurs de diagnostic peut-elle conduire! Témoins, sans aller plus loin, les cas cités par Thibierge (1), où chez des enfants probablement hérédo-syphilitiques, puisque la réaction de Wassermann en l'absence de scarlatine, lèpre..., avait été positive, des végétations syphiloïdes n'étant nullement de nature syphilitique auraient pu être considérées comme telles, avec le séro-diagnostic positif. D'où cette donnée que la réaction — à l'exclusion même des autres affections qui sont susceptibles de provoquer son apparition positive — ne peut servir à renseigner que sur l'existence seule de la syphilis, sans qu'il s'ensuive forcément que toutes les affections viscérales, les lésions cutanées en particulier, qui coexistent sur le même organisme infecté, soient de nature syphilitique.

Les critiques que je viens de rappeler intéressent également, semble-t-il, pour ce qui est de l'application de la réaction de Wassermann, toutes les branches de la pratique médicale. Cependant, en psychiatrie, ou plutôt dans les affections organiques méningo-médullo-encéphaliques, le séro-diagnostic syphilitique prend un caractère spécial, du fait même qu'il peut être recherché avec le liquide céphalo-rachidien. En effet, avec le sérum sanguin, vecteur unique de tous les produits de désassimilation cellulaire qui interviennent dans les phénomènes de la réaction, que peut signifier, au point de vue de la localisation viscérale du processus syphilitique, un séro-diagnostic positif? Absolument rien, comme le prouvent les remarques précédentes de Thibierge. Au contraire, avec le liquide céphalo-rachidien où se collectent d'abord, dans les affections méningo-médullo-encéphaliques syphilitiques, les mêmes produits de désassimilation — méningo-corticaux en l'espèce — le problème est mieux limité et doit nous donner, du moins théoriquement, des solutions moins sujettes à caution, surtout que parallèlement entrent en jeu d'autres facteurs de diagnostic des plus précieux : je veux dire la réaction cytologique du liquide cérébro-spinal et sa teneur en albumine, pour ne citer que les plus importantes.

Examinons ce qui se passe en réalité.

(1) *Bullet. Soc. Méd. légale de France*, 1911, p. 184.

©BIUM

PARALYSIE GÉNÉRALE. — Ici, je fais remarquer que je ne m'occupe que des cas où la notion de syphilis est cliniquement indiscutable, n'empiétant en rien sur la question de l'origine encore si discutée de la paralysie générale ; faisant pour le moment table rase de toutes les conceptions émises à ce sujet, je n'envisage encore une fois que les faits où la syphilis est notée dans les antécédents des paralytiques généraux, et personne ne contredira qu'il existe une quantité notable de ces faits!

Après des indications bien contradictoires sur le pourcentage des réactions positives, et cela, selon les expérimentateurs, soit à cause de l'âge plus ou moins avancé de la maladie au moment de la ponction, soit aussi à cause des simplifications qu'on a cru bon de substituer à la méthode primitive de Wassermann et qui entraînent à des erreurs plus fréquentes, voici les principes généraux que l'on peut tirer des recherches du séro-diagnostic dans la paralysie générale parasyphilitique :

1° La réaction recherchée avec le sérum est sujette aux critiques que j'ai relevées précédemment ; lorsqu'elle veut bien se montrer positive, sans l'être avec le liquide spinal, elle indique — et encore avec les restrictions que la clinique peut, à l'occasion, tenir pour négligeables — que l'organisme est entaché de syphilis, sans démontrer absolument que cette syphilis a un rapport de cause à effet avec l'affection méningo-encéphalique ;

2° La réaction, recherchée avec le liquide céphalo-rachidien, entraînerait à des constatations plus intéressantes au point de vue de la nature syphilitique de l'affection, les substances qui provoquent les phénomènes intimes de la réaction se concentrant dans le liquide céphalo-rachidien et ne pouvant filtrer du sérum sanguin dans ce liquide céphalo-rachidien ;

3° Le pourcentage des réactions positives, dans ce dernier cas, est malheureusement au-dessous de ce qu'il doit théoriquement atteindre. Comme avec le sérum, il est des cas où la réaction reste muette, et cela sans qu'on puisse l'expliquer : d'une réaction négative on ne peut tirer aucune conclusion ;

4° Il existe, sauf des cas particuliers, une relation grossière entre la période de la maladie et le pourcen-

©BIUM

tage des résultats positifs obtenus avec le liquide céphalo-rachidien.

Il est à remarquer en effet que, dans la paralysie générale au début, il est assez peu fréquent d'obtenir une confirmation positive avec le séro-diagnostic (jusqu'à 40 et 50 p. 100). A la période d'état, ce pourcentage augmente (jusqu'à 80 p. 100) et atteint un maximum à la période terminale (jusqu'à 85 et 95 p. 100). Il existe, avec le sérum sanguin, un balancement inverse assez curieux à constater : le pourcentage des résultats positifs que ce sérum fournit décroît au fur et à mesure que la maladie cérébrale progresse.

Il est difficile encore, à l'heure actuelle, de se faire une idée générale de la façon dont se comporte la méthode dans les cas de paralysie générale à marche rapide ou à marche très lente, au cours des rémissions de longue durée. Les chiffres qui précèdent sont empruntés à des paralysies générales que l'on voit habituellement évoluer dans nos asiles en trois ou quatre ans. Les ictus ne paraissent pas avoir de répercussion sur l'intensité positive de la réaction, de même que les tentatives bien hasardées de traitement.

Pour le TABES, les mêmes constatations s'imposent.

MÉNINGITES AU COURS DE L'ÉVOLUTION DE LA SYPHILIS. — On sait aujourd'hui qu'à toutes les périodes de la syphilis il peut exister des réactions méningées, qu'elles soient latentes et décelables seulement par la ponction lombaire ou qu'elles s'accompagnent d'accidents nerveux plus ou moins fugaces.

Pour certains auteurs (1), le tabes et la paralysie générale ne seraient que les séquelles d'inflammations méningées syphilitiques latentes, chroniques, contemporaines des premiers stades de la maladie syphilitique.

La réaction de Wassermann, dans la très grande majorité de ces cas, ne donne pas de résultats positifs avec le liquide céphalo-rachidien, et cela ne peut fortement nous étonner puisque nous savons qu'au début de la paralysie générale la réaction n'est pas fréquente malgré des lésions plus avancées, plus diffusées, se traduisant par une lymphocytose et une teneur en albu-

(1) *Presse Médicale*, 1909, p. 779.

©BIUM

mine parfois considérables et toujours constantes. Nous savons, d'autre part, que penser de la réaction pratiquée avec le sérum sanguin.

SYPHILIS CÉRÉBRALE. — Les expériences entreprises à ce propos sont trop peu nombreuses pour qu'on puisse se faire une idée d'ensemble des ressources qu'on peut tirer de la réaction de Wassermann. Les quelques recherches exécutées avec le liquide céphalo-rachidien ont été, pour la plupart, peu couronnées de succès. Plaut évalue à 5 environ le pourcentage de réactions positives que fournit le liquide spinal, et à 95 celui qui est donné par le sérum. Il ne spécifie pas, pas plus du reste que les autres auteurs, la nature des cas qu'il lui a été donné d'observer ; il omet de parler de l'époque de début de la syphilis, de la localisation des processus : autant de points qui ont leur importance, car il est compréhensible qu'une lésion encéphalique ou médullaire, ayant son siège loin de la corticalité, a peu de chances de fournir au liquide spinal des éléments de désagrégation qui entrent en jeu dans la réaction.

La réaction sérique, je ne cesserai de le répéter, n'a que la valeur d'une simple probabilité.

Réaction de Wassermann positive avec le liquide céphalo-rachidien équivaut donc, jusqu'à présent, à dire syphilis méningo-médullo-encéphalique à un stade déjà quelque peu avancé.

Cette spécificité est-elle absolue? Va-t-on pouvoir, en présence d'un syndrome paralytique, affirmer qu'il s'agit d'une paralysie générale parasyphilitique si la réaction de Wassermann, avec le liquide céphalo-rachidien, est positive? Le séro-diagnostic ne peut-il pas être influencé par d'autres affections de nature ou d'origine non syphilitique?

Il semble bien que la lèpre et les trypanosomoses soient les rares manifestations pathologiques qui viennent ébranler, par les résultats positifs qu'elles fournissent, la valeur du séro-diagnostic recherché avec le liquide céphalo-rachidien. Stalineao et Danielopolu sont les seuls à avoir obtenu dans la *lèpre* des résultats positifs (6 cas sur 21). A noter que la recherche menée parallèlement avec le sérum a donné également des résultats positifs (syphilis ignorée ??), et que Millian et

©BIUM

Janselme, Thaon et Weill ont signalé l'absence de réaction cytologique dans le liquide céphalo-rachidien des lépreux.

Pour ce qui est des *trypanosomoses*, la question est des plus délicates et en même temps des plus intéressantes. Dans le stade d'atteinte cérébrale de l'affection, les processus méningo-encéphaliques sont dans un très grand nombre de cas superposables à ceux de la paralysie générale parasyphilitique (même réaction méningée cytologique, albumineuse ; mêmes lésions histologiques...). La réaction de Wassermann donne avec le liquide céphalo-rachidien des résultats positifs — et aussi avec le sérum sanguin — comme pour la syphilis. Quoique la présence de trypanosomes soit, il est vrai, d'un grand secours pour le diagnostic, il n'en subsiste pas moins un embarras notable dans l'interprétation des faits ; car la syphilis, avec son agent microbien de même parenté mais presque constamment indécelable, coexisterait souvent, si l'on en croit plusieurs auteurs, avec la maladie du sommeil, sans qu'on puisse dire quelle part revient à chaque parasite dans l'éclosion des symptômes pathologiques. Dans ces circonstances, la réaction de Wassermann ne se produit-elle d'une façon positive que lorsqu'il y a association parasitaire (syphilis et maladie du sommeil) ? Devient-elle positive dans la trypanosomose cérébrale seule, en dehors de la syphilis, quoique cette dernière puisse être latente et ignorée ? Ce sont autant de questions qu'il est difficile d'élucider par suite du cercle vicieux dans lequel on tourne et dont il convient à présent de faire abstraction avec le concours de la clinique si l'on veut conserver au séro-diagnostic quelque portée pratique.

Donc la lèpre et la trypanosomose étant éliminées par l'examen clinique, il reste à la réaction de Wassermann positive avec le liquide céphalo-rachidien une valeur un peu moins discutable que celle que lui confèrent les résultats obtenus avec le sérum sanguin et sur laquelle on peut se baser dans différents problèmes étiologiques, pathogéniques et diagnostiques soulevés par des faits d'interprétation difficile.

Dans le domaine des paralysies générales, le diagnostic d'origine à lui seul utilise, peut-on dire, la majorité

©BIUM

des renseignements que fournit la réaction, surtout depuis qu'il est démontré que le saturnisme, dans ses différentes manifestations, peut donner naissance à des réactions méningées, latentes ou manifestes, identiques à celles de la syphilis et de la parasyphilis nerveuse. Seule la réaction de Wassermann *positive avec le liquide céphalo-rachidien* est susceptible dans ces faits, mais pas toujours, de faire soupçonner la syphilis si elle existe (la réaction négative n'a aucune valeur).

Sicard et Bloch (1), après avoir observé trois cas de paralysie générale chez des saturnins, avec syphilis niée, mais réaction de Wassermann positive avec le liquide céphalo-rachidien, ont avancé que la paralysie générale ne relève que de la syphilis, « le saturnisme ne pouvant revendiquer seul l'entière responsabilité du processus de la paralysie générale ».

C'est aller loin avec une semblable affirmation; malheureusement le fait que la réaction est négative n'a pas de portée et l'on ne peut se baser sur cette négativité pour confirmer la légitimité des méningo-encéphalites chroniques saturnines.

Dans le diagnostic différentiel entre les divers états psychopatiques communs à la paralysie générale et à d'autres affections mentales (états neurasthéniques, hystériques, maniaques, mélancoliques — souvent prémonitoires — confusionnels, délirants...), ce qu'il importe de déceler ce sont les altérations chroniques méningo-encéphaliques ; elles trouvent dans l'hyperleucocytose du liquide céphalo-rachidien et l'augmentation de l'albumine des éléments qui, à eux seuls, suffisent amplement à les affirmer ; la constance et la précocité de ces éléments l'emportent de beaucoup comme valeur sur la réaction de Wassermann qui n'apparaît (avec le liquide spinal) que capricieusement et tardivement.

Il en est de même dans les circonstances où un syndrome paralytique associé à des états infectieux, toxiques, à des états d'arriération intellectuelle, de démence, de confusion... en impose pour de la paralysie générale, juvénile dans certains cas.

Dans le syndrome « épilepsie » les faits sont com-

(1) *Revue neurologique*, 1911, n° 14.

©BIUM

plexes. En effet, l'épilepsie peut ou relever de la syphilis ou d'une autre infection et intoxication, ou être essentielle ; cette dernière, pour être diagnostiquée d'avec les autres, trouvait un argument probant en sa faveur dans l'absence de réaction méningée jusqu'au jour où Mosny, Pinard, Voisin... ont montré que cette réaction pouvait, passagèrement il est vrai, se traduire par de la leucocytose ou une augmentation de l'albumine. Dans l'urémie convulsive d'autre part, Chauffard, Caussade, Mestrezat,... dans l'éclampsie Villaret, Tixier, ont signalé de la polynucléose transitoire. On conçoit que dans l'épilepsie syphilitique, l'épilepsie saturnine, où il y a parfois réaction méningée identique, la réaction de Wassermann puisse apporter un élément nouveau, en éliminant — mais pas toujours — pour lès cas qui peuvent être positifs avec le liquide spinal, l'étiologie syphilitique. (Il faut compter avec les réactions négatives et le fait que dans ces formes la réaction est peu fréquemment positive.) L'épilepsie s'accompagne quelquefois du syndrome paralytique ; elle peut alors être prise pour de la paralysie générale, comme la paralysie générale par ailleurs peut être prise pour de l'épilepsie ; d'autre part, l'épilepsie se termine dans certains cas par de la paralysie générale ou relève de la paralysie générale ; elle peut également être produite par des lésions circonscrites autour desquelles se greffent ensuite des lésions diffuses méningo-encéphaliques ; enfin certaines démences épileptiques typiques ne seraient pour certains auteurs que de la paralysie générale juvénile.

Ce sont autant de situations souvent embarrassantes dans lesquelles la réaction de Wassermann ne peut apporter grande lumière, d'abord parce qu'il faudrait que la paralysie générale en question fût d'origine syphilitique. Ce sont les cas négatifs qui ici seraient importants à exiger de la réaction ; or, l'on sait qu'ils n'ont par eux-mêmes aucune valeur.

MÉDECINE LÉGALE. — Régis s'exprime ainsi à propos de la *Paralysie générale traumatique* : « ... On peut, tout en étant partisan de l'étiologie ordinairement ou constamment syphilitique de la paralysie générale, et tout en ne croyant pas à l'existence d'une paralysie générale vraiment traumatique, admettre l'influence favo-

©BIUM

risante, précipitante ou aggravante du traumatisme sur la paralysie générale... Il résulte des données scientifiques ci-dessus que toutes les opinions étiologiques relatives à la paralysie générale quelles qu'elles soient sont parfaitement compatibles avec la possibilité d'une relation de cause à effet entre un traumatisme et la paralysie générale... »

La réaction de Wassermann n'est donc d'aucune utilité dans ce cas, puisque la notion de syphilis antérieure n'entre pas en ligne de compte dans l'estimation du préjudice causé.

A l'occasion, elle pourrait être appelée à servir quand il y a pour l'expert difficulté à s'assurer que la paralysie générale n'existait pas au moment de l'accident.

La réaction trouvée positive, en cas d'étiologie syphilitique, avec le liquide spinal, immédiatement ou peu de temps après le trauma, il y aurait des probabilités et non des certitudes que la méningo-encéphalite fût déjà avancée.

Dans les suites traumatiques où l'on hésite entre différentes étiquettes nosologiques, l'étiologie importe peu comme pour la paralysie générale ; ce qui est à considérer, c'est le pronostic : donc réaction de Wassermann ici encore inutile.

La paralysie générale parasyphilitique peut être une complication de la *syphilis-accident* (verriers). Mais l'échéance de cette complication dépasse, en général, de beaucoup la durée des trois années pendant lesquelles la loi prévoit la revision de l'indemnité ; la paralysie générale a donc d'énormes chances de rester en dehors de la réparation accordée par la loi et encore il faudrait que la réaction de Wassermann fût positive pour faire penser à l'origine syphilitique de cette affection.

La nourrice contaminée par son nourrisson doit faire la preuve de cette contamination. Admettons que le hasard fasse que les parents de l'enfant soient ou paralytiques ou tabétiques : la réaction de Wassermann peut faire présumer la nature syphilitique de ces affections avec un résultat positif obtenu avec le liquide rachidien.

Dans l'épilepsie nettement établie comme étant d'origine traumatique la notion étiologique n'intervient pas.

©BIUM

La réaction de Wassermann a été trouvée positive dans des cas de traumatisme cranien sans syphilis antérieure. Y avait-il syphilis ignorée, ou les réactions cellulaires traumatiques peuvent-elles produire elles-mêmes des résultats positifs ? Il y a là un cercle vicieux qui, non élucidé, vient amoindrir encore la portée médico-légale du séro-diagnostic.

La séance est levée à 6 heures.

Les secrétaires des séances,

J.-M. DUPAIN et P. JUQUELIER.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Assistenza e trattamento dei pellagrosi e degli alcoolisti (Assistance et traitement des pellagreux et des alcooliques) ; par le professeur G. Antonini. Broch. in-8°. Extrait du *Trattato di medicina sociale*. Sanita psichica. Milan, Francesco Vallardi, 1910.

L'assistance des pellagreux, inaugurée dès le XVIII^e^ siècle dans le duché de Milan, n'a cependant reçu une sanction législative qu'en 1902, c'est-à-dire à l'époque où il a été permis d'affirmer, sans contestation sérieuse possible, que la pellagre était l'expression d'une intoxication par le maïs avarié. Cependant l'origine maïdique de la pellagre est de notion ancienne, puisqu'elle fut affirmée pour la première fois par Odoardi de Bellune, en 1776, puis par Gaetano Strambio, en 1788. De telle sorte qu'à la fin du XVIII^e^ siècle, et grâce à l'impulsion donnée par l'Empereur d'Autriche, un certain nombre de mesures avaient pu être prises et avaient donné des résultats appréciables, lorsque l'arrivée en Italie des principes de 1789 et de Bonaparte remit tout en question. La pellagre prit alors une extension rapide en Italie, dans le midi de la France, dans le bassin du Danube, frappant particulièrement les paysans pauvres, épargnant les citadins et les paysans aisés. D'ailleurs, l'unanimité était loin de régner touchant l'origine de cette affection, et, pendant longtemps, les partisans de l'insuffisance alimentaire, et particulièrement azotée, furent plus nombreux que les partisans de l'origine toxique. Cependant, le nombre de ces derniers augmenta rapidement, grâce aux travaux de Ludovico Ballardini (1844), de Théophile Roussel (1845), et surtout de Cesare Lombroso (1869), qui apporta une argumentation et des preuves décisives. Depuis, les recherches de Gosio (1893) ont permis de serrer le problème de plus près et ont apporté à l'étiologie de la pellagre des précisions qui n'infirment d'ailleurs en rien les résultats obtenus par Lombroso. De tout ceci résulta l'organisation de comités de bienfaisance et

©BIUM

d'associations scientifiques, qui ne cessèrent de réclamer du Gouvernement les mesures propres à enrayer le mal. A la suite d'une enquête, commencée en 1878, les pouvoirs publics reconnurent la nécessité d'assainir les habitations rurales, de purifier les eaux, d'empêcher le commerce et l'usage du maïs avarié, de traiter les pellagreux. Il en résulta quelques mesures et de nombreux encouragements : organisation de fourneaux économiques, de conférences, distributions de tracts de vulgarisation; jusqu'à ce qu'en 1884, après avoir organisé un rudiment d'assistance aux pellagreux, le Gouvernement italien parut se désintéresser à nouveau de la question; c'est alors que les initiatives privées se firent jour, aidées d'ailleurs de l'appui des conseils provinciaux et des municipes ; une agitation considérable se fit, qui aboutit, en 1899, à l'organisation d'un Congrès pellagrologique, qui réunit l'adhésion de près de trente provinces; ce Congrès réclama énergiquement une réglementation de la culture et du commerce du maïs et élabora même un projet de loi.

C'est ce projet de loi, malheureusement amendé et tempéré, qui fut voté par le Parlement italien, le 21 juillet 1902. Cette loi se propose : 1° d'empêcher la production et la diffusion de l'agent pellagrogène : le maïs avarié; 2° d'augmenter la force de résistance des organismes; 3° de traiter les pellagreux et d'empêcher les récidives; 4° de lutter contre la dégénérescence héréditaire.

Le premier moyen est du ressort administratif; mais les trois autres intéressent directement la médecine, et ce sont ceux que l'auteur étudie d'une façon plus particulière.

L'alimentation curative des pellagreux est aujourd'hui obligatoire : elle est assurée par des cuisines économiques et surtout par des *restaurants sanitaires*. Chaque pellagreux doit, deux fois par an, au printemps et à l'automne, et pendant quarante jours au minimum, venir prendre son repas principal dans un restaurant sanitaire ou dans un de ses succédanés le plus proche de son domicile; l'examen médical complet étant de rigueur, avant comme après la cure, il est facile de se rendre compte des résultats obtenus. Or, ces résultats sont des plus satisfaisants ; ils atteignent leur but, qui est d'empêcher la maladie de s'aggraver en soustrayant, deux fois par an, à l'intoxication un nombre considérable de pellagreux, et en permettant aux organismes débilités de se refaire.

A l'égard de ceux qui sont trop gravement atteints, chez qui l'alimentation reste inefficace ou insuffisante, la ressource

©BIUM

dernière est constituée par la *pellagroserie*, institution où les pellagreux sont alors reçus à demeure.

Ces pellagroseries répondent à deux types : celui de Mogliano, qui constitue un véritable hôpital, et celui de Inzago, qui constitue une sorte d'école de préservation pour les jeunes, et où les descendants de pellagreux sont initiés aux méthodes culturales les plus modernes, à l'hygiène rurale et aux dangers du maïs avarié et mal conservé.

La pellagroserie de type hospitalier présente cette particularité que les malades, à moins d'état général contraire, n'y doivent jamais rester oisifs ; c'est là le meilleur moyen de diminuer les frais généraux et de faire en même temps de la prophylaxie en enseignant par la pratique aux pellagreux ce que l'on enseigne à leurs enfants dans la pellagroserie-école.

Un dernier moyen d'assistance doit s'adresser enfin aux pellagreux aliénés ; cette assistance se fait naturellement dans les manicomes ; la fréquence de la psychose chez les pellagreux peut être évaluée à environ 5 p. 100. C'est donc là une manifestation qui n'est pas à négliger. D'ailleurs, c'est finalement à l'asile que viennent échouer tous les pellagreux, parce que dans la pellagroserie, comme dans les restaurants sanitaires, la cure est limitée et que les formes graves n'y sont pas admises ; il y a là une lacune sur laquelle ne manque pas d'insister le professeur Antonini et qui montre combien est encore imparfaite la loi bienfaisante de 1902. Le résultat pratique atteint n'en reste pas moins extrêmement intéressant. Au point de vue de l'assistance, il est à signaler, en France, où la jouissance, bientôt demi-séculaire, de la liberté ne nous a pas encore sevré de l'habitude néfaste de compter toujours sur les pouvoirs publics : *l'assistance italienne aux pellagreux est entièrement l'œuvre de l'initiative privée* ; la loi de 1902 n'est venue que par surcroît pour lui donner un appui dans lequel aucun autoritarisme ne se fait jour. Mais l'Italie est un pays rajeuni, qui compte encore des apôtres, des apôtres qui ne comptent que sur eux-mêmes ; le travail du professeur Antonini, qui est l'exposé très impartial d'un état de fait, est par surcroît un ardent plaidoyer, où la croyance à un avenir meilleur reste entière. L'Italie, parce qu'elle l'a voulu et parce qu'elle le veut, se débarrassera de la pellagre.

Voyons maintenant ce qu'elle a fait contre l'alcoolisme. Ici, comme partout ailleurs, et particulièrement en France, on se heurte malheureusement à des intérêts particuliers puissants,

©BIUM

contre lesquels l'*aristie* de l'intelligence et du cœur ne peut lutter à armes égales. Cependant, comme dans ces questions il est difficile de ne pas obéir à ce procédé égoïste qu'est la comparaison, nous pouvons encore envier l'Italie et dire qu'elle est infiniment moins touchée que n'est touchée la France; à quoi nous ajouterons aussi qu'à proprement parler l'alcoolisme est plutôt rare chez nos voisins, où prédomine surtout l'éthylisme. Plût au ciel que nous n'en fussions encore que là! L'éthylisme, en effet, est immédiatement et médiatement moins grave que l'alcoolisme : il donne plus rarement naissance aux manifestations impulsives, il ne conduit à l'asile qu'à un âge relativement avancé, il compromet beaucoup moins la descendance. Malgré quoi, comme il n'est jamais trop tôt pour bien faire, il est indubitable qu'en attaquant le mal dès maintenant, nos confrères italiens et tous ceux qui leur prêtent main-forte ont toutes les chances du monde d'arriver à temps, de préserver un plus grand nombre d'individus et de ne pas voir grandir démesurément l'importance capitaliste de tous les industriels qui fondent leur fortune sur le vice.

En Italie, la lutte est encore cantonnée dans le domaine du privé et se concentre exclusivement dans le sein des ligues et des sociétés de tempérance. La seule loi, celle du 20 mars 1865, qui remette aux maires le soin de veiller à l'innocuité des substances alimentaires mises en vente, ne prévoit aucune pénalité contre les contrevenants. Dans tous les cas, il n'existe rien dans la législation italienne qui soit inspiré par le désir de lutter directement contre l'alcoolisme. Les seuls moyens à mettre en œuvre seraient de veiller soigneusement à la bonne qualité des boissons et de limiter le degré alcoolique des consommations; toute idée de monopole d'État est naturellement à rejeter. D'un autre côté, la surveillance des débits serait grandement et avantageusement facilitée par la limitation de leur nombre; à ce résultat, pourraient aider : l'élévation des droits sur l'alcool, l'élévation des licences, les subventions aux établissements de tempérance, la diminution des droits sur le sucre, le thé, le café, le chocolat, la création de lieux de réunion et de distraction pour le peuple et l'enseignement antialcoolique. Il serait bon, en même temps, de poursuivre effectivement tous les cas d'ivresse et non plus seulement d'ivresse bruyante.

Malheureusement, tout ceci est du devenir, et, en attendant que les pouvoirs publics aient, d'une manière ou d'une autre, rempli tout leur devoir, il ne faut pas oublier que la société doit

©BIUM

l'assistance à ceux qui n'ont pu résister aux promesses fallacieuses de l'alcool et qui sont les victimes inconscientes du poison. Du traitement de l'alcoolisme aigu, il n'y a plus rien à dire. La question d'assistance proprement dite ne se pose guère qu'à l'endroit des alcooliques chroniques.

Cette assistance doit être envisagée à deux points de vue, suivant qu'elle se propose de lutter simplement contre les effets de l'empoisonnement, ou suivant qu'elle se propose de vaincre la tendance du sujet à user et à abuser des alcools.

Le premier point de vue regarde uniquement la médecine générale; dès que l'alcoolique devient délirant, il est prudent de provoquer son internement dans un asile en attendant la création d'établissements spéciaux. Malheureusement, comme les troubles psychiques disparaissent en quelques jours, la loi ne permet pas de prolonger aussi longtemps qu'il le faudrait la durée de l'internement.

D'ailleurs, pour le traitement de la dipsomanie, si l'asile est trop, la maison de santé est trop peu. Il faudrait donc qu'une loi d'Etat permît de construire des asiles spéciaux, où les médecins auraient le droit de traiter et de retenir les alcooliques. En attendant, la propagande permettra seule d'obtenir quelques résultats. Mais, à cet égard, le professeur Antonini signale les inconvénients de la prédication d'une abstinence totale. Nous ne pouvons qu'approuver cette manière de voir. Que, dans certaines conditions, l'abstinence totale soit préférable, cela est incontestable, mais qu'elle soit élevée à la hauteur d'une règle sévère, non. Les boissons fermentées sont utiles, elles apportent à l'alimentation un appoint parfois nécessaire. L'essentiel est de ne jamais abuser, et c'est contre l'abus qu'il faut lutter.

Cette lutte pour la tempérance est essentiellement du ressort médical; c'est au médecin qu'il appartient surtout de faire une propagande incessante. Cette propagande permettra de faire naître une conscience nouvelle de devoir, de sacrifice, de responsabilité, qui créera un mouvement d'opinion et rendra inéluctable l'intervention de l'État. C'est là une œuvre de longue haleine, mais dont la réussite est certaine; nous sommes persuadés que nos confrères d'Italie ne se laisseront pas rebuter et que rien ne lassera leur patience. Ce qu'a fait l'Italie contre la pellagre et ce qu'elle fait maintenant contre les moustiques et contre la malaria nous fait bien augurer de l'issue de la lutte.

LUCIEN LAGRIFFE.

©BIUM

L'arriération mentale et la démence précoce. « *La dyspsychie* » ; par le Dr Armand Laurent, ancien médecin en chef des asiles publics d'aliénés. Broch. in-8°. Amiens, Imprimerie du *Progrès de la Somme*, 1912.

Parmi les nombreuses communications faites au Congrès des aliénistes et neurologistes, qui s'est tenu à Amiens l'année dernière, il en est une qui, par le sujet d'actualité qu'elle traite, mérite une mention spéciale : c'est celle dont nous venons d'écrire le titre, et qui est due à la plume autorisée de notre distingué collaborateur, M. le Dr Armand Laurent.

L'auteur a mis en tête du tirage à part, qu'il a fait faire de son intéressant travail, l'épigraphe suivante, empruntée aux *Etudes médico-psychologiques* de Renaudin : « Comparer la caducité à l'évolution psychique de l'enfant, ce serait confondre la rose effeuillée avec le bouton prêt à s'épanouir ; ce serait mettre sur le même pied la vie et la mort. » On ne saurait mieux dire ; en cette courte phrase se trouve admirablement résumée l'idée mère du travail dont nous allons donner une courte analyse.

Après une brève introduction et un rapide exposé des efforts faits, dans le département de la Seine-Inférieure, en faveur du perfectionnement des enfants arriérés, M. Laurent entre dans le cœur de son sujet.

L'examen approfondi de l'arriération mentale le conduit à comparer cet état mental défectueux à celui que certains aliénistes contemporains désignent sous le nom de *démence précoce*. Les états de débilité mentale et d'insuffisance intellectuelle, dépendant du mouvement de croissance, peuvent-ils être confondus sous cette dénomination de démence ? M. Laurent ne le pense pas. Avec Esquirol, il estime que « l'homme en démence est privé des biens dont il jouissait autrefois ; c'est un riche devenu pauvre ». L'arriéré, au contraire, est un pauvre qui, peut-être, ne deviendra jamais très riche, mais qui peut augmenter son acquit intellectuel. Pour mettre fin à cette regrettable confusion de l'arriération mentale avec la démence, M. Laurent propose, pour la première, le terme de *dyspsychie* (développement difficile de l'intelligence), comprenant par ce mot toutes les formes d'arriération mentale, y compris l'arrêt après précocité plus ou moins prononcée.

En attribuant à ce développement mal équilibré les troubles

©BIUM

mentaux si divers de la période de croissance, l'auteur estime que la complication des *stimulus* morbides, qui déterminent la folie, donne lieu à l'addition d'un qualificatif approprié; il propose donc de nommer *dyspsychie vésanique* les manifestations psychiques morbides qui se rencontrent chez des sujets dont l'âge est inférieur à vingt-six ou trente ans, date terminale de la croissance. M. Laurent considère que cette expression : *dyspsychie vésanique*, remplacerait heureusement celle de *démence précoce*, contre laquelle on s'insurge, non sans raison, à cause des conditions anatomiques et physiologiques qui font de cette dernière expression une dénomination malheureuse, pleine d'équivoques.

Nous ne saurions mieux terminer cette courte analyse de ce Mémoire, d'une lecture si attachante, qu'en en reproduisant les conclusions; elles font ressortir la haute valeur sociale des efforts de tous ceux — et ils sont nombreux — qui s'occupent de l'amélioration des nombreux arriérés, pour les empêcher de devenir des déchets définitifs de notre civilisation.

« En réclamant la distinction de l'état psychique, nommé *arriération mentale*, d'un autre état, dit *démence*, j'ai voulu, dit M. Laurent, appeler l'attention sur l'importance de l'intervention du médecin neurologiste et aliéniste en matière d'éducation.

« Il importe que les éducateurs, par une initiation suffisante aux choses de la vie nerveuse, évitent des méprises regrettables, qui contribuent à l'aggravation de certaines déviations, tout d'abord transitoires.

« Je crois que l'étude de la croissance intellectuelle, vulgarisée dans le corps enseignant, doit aboutir à réduire à leur juste valeur bien des idées lancées sans l'appui solide de la réalité et de la connaissance des ressources que la nature met à notre disposition.

« Les erreurs de la civilisation et l'impatience de voir le jeune être possesseur des aptitudes qui ne doivent appartenir qu'à un certain âge, sont évidemment les causes des modifications dans la composition des éléments constitutifs de nos organes et de l'imperfection ou égarement de nos manifestations mentales. »

ANT. RITTI

©BIUM

L'étude expérimentale de l'association des idées dans les maladies mentales. Rapport de psychologie présenté au VIe Congrès belge de neurologie et de psychiatrie (Bruges, 1911); par les Drs Aug. Ley et Paul Menzerath. 1 vol. in-8°. Gand, imprimerie A. Van der Haeghen, 1911.

La méthode que Trautscholdt lança le premier, en 1883, consiste à dire ou à faire apparaître devant un sujet un mot, dit mot inducteur, et à lui demander de prononcer le plus rapidement possible le mot qui s'associe immédiatement dans son esprit à ce mot inducteur. Non seulement elle permet d'étudier chez les différents sujets normaux et pathologiques le phénomène de l'association des idées, ses altérations et ses troubles variables suivant la nature de l'affection mentale en cause, mais encore elle constitue un procédé très simple d'exploration de l'affectivité, en raison de la présence dans les réponses provoquées par certains mots inducteurs — notamment ceux qui s'adressent à l'affectivité — de complexus affectifs. Il faut enfin noter que des variations affectives, survenant dans notre organisme, sont susceptibles de faire varier le degré de résistance électrique des tissus (réflexe psychogalvanique).

Après un historique minutieux, MM. Ley et Menzerath détaillent la technique et la méthode : méthode optique et acoustique, instruments déclencheurs, mesure du temps d'association à l'aide de chronographes et de chronoscopes, choix des mots inducteurs, instruction préalable à donner au sujet en expérience, rédaction du protocole des expériences.

MM. Ley et Menzerath donnent de nombreuses observations prises dans les maladies les plus différentes : démence précoce, crises maniaques et crises dépressives de la psychose périodique, toxicomanies, neurasthénie et psychasthénie, hystérie, névrose traumatique, paranoïa, paralysie générale, maladie du sommeil.

Voici enfin les conclusions de leur intéressant rapport :

1° Dans leur ensemble, les réactions associatives des normaux sont différentes de celles des psychopathes.

2° Dans leur ensemble, et en y ajoutant les importantes données de l'introspection, les réactions qu'on trouve dans les différentes formes de psychopathies sont typiques pour chacune de ces formes.

3° La méthode expérimentale des associations est surtout précieuse pour le diagnostic différentiel des états mixtes de la

©BIUM

folie maniaque-dépressive (Mischzustände) et des états neurasthéniques avec le début de la démence précoce.

4° Cette méthode constitue un des moyens cliniques les plus précieux que nous possédions pour explorer l'affectivité et déceler l'existence et la nature des complexus.

5° L'allongement du temps d'association peut avoir d'autres causes que celles de l'existence d'un complexus.

Cet allongement peut tenir entre autres à la rareté d'emploi du mot inducteur, à sa nature abstraite (adverbes, nombres) ou simplement émotive, ou encore à un état mental spécial du sujet qui se rencontre particulièrement chez certains psychasthéniques sous forme d'une préoccupation exagérée de donner des réponses intelligentes.

L'erreur d'aperception du mot inducteur, qui a été indiquée comme signe de complexus, peut se produire tout simplement dans le sens d'un mot plus familier ou plus courant.

6° L'inhibition associative, qui généralement est un signe de complexus affectif, peut, au contraire, en cas de « constellation » de la mentalité, être produite par le fait que le sujet ne parvient pas à ramener le mot inducteur à ses complexus.

7° L'impossibilité de retenir et de répéter certains mots induits est souvent en rapport avec l'existence d'un complexus (*Reproduktionsmethod* de Jung). Cette amnésie se constate même parfois immédiatement après la réaction.

8° Parmi les sujets que nous avons examinés, nous pouvons, en ce qui concerne l'extériorisation de l'affectivité, distinguer deux groupes : 1° les maniaques et les mélancoliques chez lesquels cette activité se montre très facilement ; 2° les hystériques et les déments précoces qui sont réfractaires à l'exploration de leur affectivité ; chez ces derniers, c'est plus l'introspection et l'évocation de séries de mots que la nature de la réaction même qui nous renseignent sur leurs complexus.

9° Pour l'exploration clinique courante, une série de cent mots bien choisis et donnés en des séances ne dépassant pas vingt mots sera suffisante. Il serait désirable que les cliniciens fussent d'accord pour se servir, en vue d'une comparaison, de la même série de mots inducteurs.

10° La méthode expérimentale des associations d'idées constitue un excellent procédé clinique d'analyse mentale. Elle nous permet de faire ressortir des symptômes et des caractères qu'il n'est possible de constater aussi facilement et aussi rapidement par aucune autre méthode.

©BIUM

Elle constitue un moyen précieux pour l'étude de la psychologie individuelle, entre autres en ce qui concerne le diagnostic des « types mentaux ».

ROGER DUPOUY.

L'analyse physiologique de la perception ; par le Dr Édouard Abramowski. 1 vol. in-16 de la *Collection de psychologie expérimentale et de métapsychie.* Paris, Bloud et Cie, 1911.

I. — La différenciation biologique des neurones. L'excitation est une condition indispensable de la vie élémentaire du neurone, simple application de ce fait général du rôle nutritif de l'excitation pour tous les éléments histologiques. La transformation de la substance nerveuse, pendant son fonctionnement, sera, en conséquence, non une transmission du mouvement communiqué par l'excitant, mais une mise en liberté dans la substance elle-même du mouvement contenu en elle à l'état potentiel, par suite d'une réaction chimique entre elle et le millieu. L'action des éléments nerveux ne dépend pas de la nature de l'excitant (mécanique, électrique, chimique, physiologique), mais de la nature de l'affinité chimique mise en liberté. La spécificité de l'énergie des neurones est fonction de la spécificité de leurs affinités chimiques. La différenciation biologique des éléments nerveux explique, d'autre part, l'action élective sur tel ou tel d'entre eux, des poisons, exo ou endogènes, l'intoxication devant être considérée comme le changement du système de réaction chimique de nutrition des éléments.

II. — La recherche du corrélatif physiologique d'une perception visuelle. Toute variation qualitative des phénomènes psychiques se présentera, au point de vue physiologique, comme une série des mises en liberté des affinités chimiques dans les différents groupes de neurones, dont la formation correspond aux modifications de la conscience. Exemple tiré du fonctionnement des trois groupes de neurones entrant dans l'élaboration d'une perception visuelle : groupe sous-cortical et groupe cortical des lobes occipitaux. Parallèle entre les lésions occipitales déterminant la cécité et les lésions frontales amenant la disparition de l'attention et de l'intelligence. Hypothèses de Sollier sur le siège de la mémoire dans l'écorce frontale et de Wundt sur la localisation de l'aperception dans les lobes fron-

©BIUM

taux. Rôle considérable des neurones frontaux dans la perception.

III. — La méthode dans la recherche des éléments du corrélatif. Changements expérimentaux des conditions physiologiques d'une perception visuelle; ses manifestations diverses; ses changements pathologiques.

IV. — Théorie de la perception. La perception visuelle, avec toutes ses diverses qualités, correspond au fonctionnement simultané des trois groupes de neurones actifs : groupe sensoriel, optique, rétino-occipito-frontal; groupe cénesthésique des neurones qui correspondent aux fonctions organiques, avec ses centres dans les ganglions sympathiques, la moelle épinière et la moelle allongée, dans la substance grise sous-corticale et corticale; groupe des neurones des autres sens, excités simultanément, y compris leurs centres inférieurs.

Tout changement qualitatif ou quantitatif d'un groupe quelconque change l'état de conscience, c'est-à-dire modifie les caractères de la perception.

V. — Les corrélatifs physiologiques des associations et des successions mentales.

ROGER DUPOUY.

Esquisses cliniques de physicothérapie. Traitement rationnel des maladies chroniques; par le Dr G. A. Rivière. 1 vol. in-8°, A. Maloine, 1910.

M. Rivière est un champion convaincu de la physicothérapie et son ouvrage a pour but la vulgarisation d'idées personnelles fondées sur une expérience de plus de vingt années. Idées très personnelles, en effet, car je ne pense pas que beaucoup d'entre nous partagent sa conviction qu'il suffit du calomel, de l'huile de ricin, de la chaleur et de l'eau pour juguler et guérir les maladies aiguës, alors qu'en revanche les états chroniques requièrent l'emploi des grands modificateurs physiques.

M. Rivière a accordé « à la lessive de l'organisme » un rôle considérable dans la guérison et le physico-thérapeute doit veiller « à la désinfection de l'égout collecteur de l'organisme ». L'eau et les purgations, dit-il, sont nécessaires à la guérison des chroniques, comme elles sont indispensables à ceux atteints de maladies aiguës. Il me semble entendre discourir le Dr Sangrado.

©BIUM

Certes, j'apprécie hautement les services rendus par la physicothérapie et par son promoteur et dévoué propagandiste, mais il ne faut cependant point exagérer ses bienfaits.

La physicothérapie consolide la nutrition des éléments cellulaires de nos tissus, rectifie la *névrarchie* et s'oppose aux états dystrophiques par le seul moyen des six forces naturelles suivantes, isolées ou bien plutôt associées ou combinées : l'eau, le mouvement, l'électricité, la lumière, la chaleur et l'air.

La première partie de l'important ouvrage du Dr Rivière a pour but de décrire ces agents de la physicothérapie ; la seconde, de donner un tableau clinique des principaux états morbides, mis aux prises avec ces agents physiques de traitement. Nous ne pouvons suivre l'auteur dans tous ses développements. Nous signalerons toutefois le chapitre XVIII, traitement de la neurasthénie. La physicothérapie s'adresse précisément à la cause présumée du mal, au *trouble nutritif des éléments nerveux* et a pour effet de restaurer la *fonction d'inhibition du cerveau sur la moelle*. Ses méthodes de choix, ou du moins les plus généralement employées en l'occurrence, sont les suivantes : douche courte, en jet brisé, sur le rachis et sur le tronc, suivie de douche de pieds et de friction sèche, ou, chez les arthritiques, douche écossaise en pomme d'arrosoir ; bains d'acide carbonique ni trop chauds (34°), ni trop prolongés (20′) ; mécano-, masso- et hydromassothérapie, vibro- et cinésithérapie ; électrothérapie surtout, faradisation, voltaïsation, franklinisation et même magnétisme, mais de préférence d'arsonvallisation (courants alternatifs de haute fréquence) en séances courtes ; bains thermolumineux enfin, favorisant la sudation et associés à une médication interne diurétique et laxative.

ROGER DUPOUY.

Les localisations cérébrales. Esquisse médicale et psychologique ; par le Dr Jean Ferrand. 1 vol. in-16. Paris, Jules Rousset, 1911.

M. Ferrand profite des travaux de Pierre Marie, ruinant l'hypothèse de Broca et la localisation du centre verbal moteur au pied de la troisième circonvolution frontale gauche, ainsi que des contradictions anatomo-cliniques relevées dans l'histoire des tumeurs cérébrales et des lésions en foyer, pour attaquer vigoureusement la doctrine des localisations cérébrales. Il ne

©BIUM

peut accepter l'explication matérielle de la mémoire, de l'association des idées, de l'imagination et surtout la réduction de la volonté à un déterminisme anatomo-physiologique supprimant ce qu'il est convenu d'appeler le libre arbitre. Et il veut démontrer que, de même que les « images », les « centres », tout au moins les centres corticaux psychiques étroitement systématisés, ont vécu. Il n'existe plus de centre de la mémoire des images verbales motrices, plus de centre de l'agraphie, etc., plus même de petits centres moteurs « accolés les uns aux autres en mosaïque, isolés dans leurs propriétés personnelles et n'empiétant pas les uns sur les autres ». Ce sont là théories périmées qui ne dépendent plus que des neurologistes encore étroitement matérialistes.

M. Ferrand a grandement raison de noter les erreurs et les exagérations de nos devanciers; leur correction assure le progrès de nos recherches contemporaines et, mieux encore, prépare les travaux définitifs de nos successeurs. Mais il me paraît difficile de croire à la faillite de la doctrine générale des localisations cérébrales et de l'explication matérielle de l'intelligence. M. Ferrand est un réactionnaire qui prêche le retour à l'ancienne philosophie spiritualiste, laquelle a cherché la solution des différents problèmes psychologiques dans l'action réciproque de l'âme et du corps; et je ne saurais croire comme lui « au triomphe de cette vieille philosophie spiritualiste, toujours battue en brèche depuis Aristote, mais qui survit à toutes les attaques et voit s'effondrer les uns après les autres ses ennemis les plus momentanément redoutables ».

ROGER DUPOUY.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

GIACINTO FORNACA. Ricerche sulla colorazione vitale dei sangue degli alienati, 18 pages in-8°. Extrait des *Annali del Manicomio provinciale di Perugia*, numéro de juillet-décembre 1911.

A. LACASSAGNE. Consultation médico-légale sur l'état mental de M. E. P., 48 pages, in-4°, Lyon. Imprimerie A. Rey, 1912.

A. CULLERRE. Les Richelieu et les Condé, 51 pages in-8°. Extrait des *Archives d'Anthropologie criminelle*, numéro du 15 avril 1912.

©BIUM

Frantz Adam. Des internements abusifs. Contribution à l'étude de l'assistance aux aliénés, 139 pages in-8°. Lyon-Paris, A. Maloine, 1912.

Paul Sérieux et Lucien Libert. Un asile de sûreté sous l'ancien régime, 33 pages in-8°. Extrait des *Annales et Bulletin de la Société de médecine de Gand*, 1911.

— La Bastille et ses prisonniers. Contribution à l'étude des asiles de sûreté, 62 pages in-8°. Extrait de l'*Encéphale*, juillet à octobre 1911.

— Les lettres de cachet. « Prisonniers de famille » et « placements volontaires », 54 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, décembre 1911 et février 1912.

Lucien Libert. Saint-Pierre Dutailli, frère de Bernardin de Saint-Pierre. Etude médico-psychologique, 18 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, novembre-décembre 1911.

— Les sorciers de la Haye-du-Puis. Etude médico-psychologique, 5 pages in-8°. Extrait du *Congrès du millénaire normand*, s. d.

— Simon Morin, régicide (1623-1663). Le dernier visionnaire brûlé en France, 28 pages in-8°. Extrait des *Archives d'anthropologie criminelle*, 15 mars 1912.

F. Oloriz Aguilera. Manuel pour l'identification des délinquants de Madrid. Traduction revue par Th. Borgerhoff, 29 pages in-8°, Bruxelles, veuve Ferdinand Lacour, 1911.

— Experimentos de identificación monodactilar en la Universidad de Madrid, 15 pages in-8°, Madrid, Hijos de Reus, 1910.

Ant. Lecha-Marzo. La longevidad de los que piensan y sus causas, 11 pages in-8°. Extrait de la *Rivista de medicina y cirurgía prácticas*, numéro du 14 décembre 1911.

Georges Rondel. La protection des faibles (Assistance et Bienfaisance). Un vol. in-18, cartonné, de 298 pages, de l'*Encyclopédie scientifique*, publiée sous la direction du Dr Toulouse. Paris, Octave Doin et fils, 1912.

Fifty-eight annual report of the trustees for the Taunton State hospital, for the year ending november 30, 1911, 59 pages, in-8°, Boston, 1912.

Victor Delfino. El alcoholismo. Conferencia pronunciada en la Facultad de Derecho y Ciencias sociales de Buenos Aires, bajo los auspicios del « Centro juridico », el 12 de Agosto de 1909, 88 pages in-8°. Extrait de la *Semana Medica*, n° 8, 1912.

Protestant hospital for the insane Verdun Montréal, Que.

©BIUM

Annual report for the year 1911, 89 pages in-8°, avec planches, Montréal, 1912.

J. Miclesco. Ecce Mulier, ou l'éternelle blessée. 1re partie. Un vol. in-12 de 378 pages, Paris, G. Ficker, 1911.

Henri Damaye. Étude d'un état de mal comitial. Traitement. Formule leucocytaire, 7 pages in-8°. Extrait de l'*Echo médical du Nord*, 28 avril 1912.

Eugenio Bravetta. Sulla guarigione tardiva delle malatie mentali, 52 pages in-8°. Extrait des *Annali di Freniatria e Scienze affini*, 1911.

Proceedings of the American Medico-Psychological Association at the sixty-seventh annual Meeting held in Denver, Cols., June 19-22, 1911. 1 vol. in-8° de 369 pages, cartonné. Baltimore, 1911.

Edith Kathleen Jones. State control of State hospital libaries. 6 pages in-8°. Extrait de l'*American Journal of insanity*, avril 1912.

R. S. Woodwoorth et Frederic Lyman Wells. Association Tests : Being a part of the Report of the Committee of the American psychological Association on the Standardizing of Procedure in experimental tests. 85 pages in-8° avec planches. Extrait de *The Psychological Monograph's*. Vol. XIII, n° 5, décembre 1911.

P. Saintyves, La simulation du merveilleux. Préface par le professeur Pierre Janet. 1 vol. in-12. Paris, Ernest Flammarion, 1912.

U. Josefovici. Die psychische Vererbung. 155 pages in-8°. Leipzig, Wilhelm Engelmann, 1912.

Report from the pathological Department and the Department of clinical Psychiatry, Central Indiana hospital for the Insane 1909-1910 and 1910-1911. Vol. IV. 1 vol. in-8° de 244 pages, cartonné. Indianopolis B. Ausford, 1912.

K. Bonhoeffer. Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen, Allgemeinerkrankungen und inneren Erkrankungen. P. Schroeder. Intoxicationspsychosen. 1 vol. in-8° de 324 pages de *Handbuch der Psychiatrie*, publié par le professeur G. Aschaffenburg. Leipzig und Wien, Franz Denticke, 1912.

Cullerre. La folie dans l'histoire, 86 pages in-8°. Extrait du tome troisième du *Traité international de Psychologie pathologique*, publiée sous la direction du Dr A. Marie. Paris, Félix Alcan, 1912.

R. Massalongo. Le nevropatie famigliari. Relazione al diciottesimo congresso di medicina interna tenuto in Roma. Octobre 1908. 92 pages in-8°, Rome, 1909.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêtés de juin 1912 : M. le Dr Chèze, médecin-adjoint de l'asile d'Armentières (Nord), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Dijon, en remplacement de M. le Dr Vieux-Pernon, mis en disponibilité sur sa demande à dater du 1er juin 1912;

MM. les Drs Damaye, médecin-adjoint de l'asile de Bailleul (Nord), et Daday, médecin-adjoint de l'asile de Privas (Ardèche), sont promus à la classe exceptionnelle de leur grade (4.500 francs);

MM. les Drs Burle, médecin-adjoint de l'asile de Lesvellec (Morbihan); Carpenel et Clément, médecins-adjoints de l'asile de Montdevergues (Vaucluse); Dalmas, médecin-adjoint de l'asile d'Alençon (Orne); Gelma, médecin-adjoint de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle); Naudascher, médecin-adjoint de l'asile de La Charité-sur-Loire (Nièvre) et Pezet, médecin-adjoint de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), sont promus à la 2e classe de leur grade (3.500 fr.);

M. le Dr Mignard, médecin-adjoint de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher), est nommé médecin-adjoint de la Maison nationale de Charenton (Seine), en remplacement de M. le Dr Roger Dupouy, mis en disponibilité. M. Mignard est promu à la 2e classe de son grade (3.500 francs);

M. le Dr Hannard, médecin-adjoint de l'asile de Bégard (Côtes-du-Nord), est nommé médecin-adjoint de l'asile d'Armentières (Nord);

M. le Dr Mercier, directeur-médecin de l'asile de Saint-Alban (Lozère), est promu à la 3e classe de son grade (6.000 francs);

M. le Dr Fouque, reçu le quatrième au concours d'adjuvat de 1912, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Bégard;

M. Biéry, directeur administratif de l'asile de Saint-Ylie (Jura), et M. le Dr Bourdin, médecin en chef de l'asile du Mans (Sarthe), sont promus à la 1re classe de leur grade (8.000 francs);

MM. les Drs Meilhon, médecin-directeur de l'asile de Quimper (Finistère), et Gallopain, médecin-directeur de l'asile de Fains (Meuse), sont promus à la classe exceptionnelle de leur grade (9.000 francs);

©BIUM

M. le Dr Marcel Briand, médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine), est nommé médecin en chef de l'asile Sainte-Anne (Bureau d'admission), en remplacement de M. le Dr Magnan, admis à faire valoir ses droits à la retraite ;

M. le Dr Legrain, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, est nommé médecin en chef de l'asile de Villejuif ;

M. le Dr Trénel, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche, est nommé médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard ;

M. le Dr Truelle, directeur-médecin de l'asile de Moisselles (Seine-et-Oise), est nommé médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche.

— *Arrêté de juillet* 1912 : M. le Dr Auguste Blanchier, ancien sénateur de la Charente, est nommé directeur administratif de l'asile d'aliénés de Ville-Evrard, en remplacement de M. le Dr Brousse, décédé.

— *Arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts* : M. le Dr Rémond (de Metz), professeur de la clinique des maladies mentales à la Faculté de Toulouse, est promu officier de l'Instruction publique.

NÉCROLOGIE

Dr Guibert. — C'est par le *Bulletin de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France* (numéro de juin 1912) que nous apprenons la mort de notre savant collègue, le Dr Guibert, ancien médecin en chef du quartier des aliénés de l'hospice général de Saint-Brieuc, décédé dans cette ville, le 30 mars dernier, dans sa soixante-dix-neuvième année.

Guibert (Jean-Louis) naquit à Saint-Brieuc, le 21 juillet 1833. Après avoir terminé ses humanités dans le lycée de sa ville natale, il vint à Paris pour y suivre les cours de la Faculté de médecine. Travailleur infatigable, il fut reçu interne au concours de 1858, le septième sur trente-sept. Il avait alors vingt-cinq ans.

Reçu docteur en médecine en 1860, il vint s'installer à Saint-Brieuc, qu'il ne devait plus quitter. Son titre d'ancien interne des hôpitaux de Paris le mit en vue ; grâce à lui, il fut nommé d'abord médecin-adjoint, puis, plus tard, médecin en chef de l'hôpital ; enfin, en 1894, il fut appelé à la direction médicale du quartier des aliénés. Guibert était préparé à ces délicates fonctions par ses travaux et ses recherches antérieures. Dès 1870, il avait communiqué à la Société d'anthropologie de Paris une étude intéressante sur l'évolution de l'entendement. Deux ans après, il présentait à la même Société le crâne d'un

©BIUM

microcéphale, né de père alcoolique et mort de phtisie aiguë à l'âge de douze ans.

Ses rapports médico-légaux qui dénotent un grand esprit d'observation et un jugement droit, étaient très appréciés. On peut juger de la conscience et du judicieux esprit critique qu'il apportait dans ses fonctions d'expert, dans l'observation médicale qu'il vint communiquer à la Société médico-psychologique, dans la séance du 28 juin 1897, où il fut élu membre correspondant sur un rapport de M. René Semelaigne.

Guibert, qui avait un sentiment très élevé de ses devoirs professionnels, apportait dans ses relations avec ses confrères une impeccable correction qui allait jusqu'à la délicatesse. Aussi surent-ils le reconnaître en appelant Guibert à présider leur Société locale.

Les obsèques de notre distingué et regretté collègue eurent lieu, le 2 avril dernier, au milieu d'un grand concours de confrères, d'amis. Au nom de la Société locale, le Dr Corson père prononça sur sa tombe un discours ému dont nous détachons le passage suivant qui peint admirablement, et en quelques lignes, l'existence de labeur et de dévouement du Dr Guibert. Nous ne saurions mieux terminer cette courte et tardive notice.

« Pendant un demi-siècle de travail continu et d'un surmenage effréné, il s'était dépensé sans compter, plus soucieux d'autrui que de lui-même. Mais les forces physiques ont une limite et, bien que M. Guibert fût doué d'une organisation supérieure, il dut, avant l'âge extrême, renoncer à son hôpital, à sa clientèle, à ses chers malades. Il avait creusé un long et profond sillon; n'avait-il pas droit à quelque repos, à quelque loisir? Mais non, son tempérament s'y opposait. Car, si le corps avait fléchi sous le poids des années et d'un labeur rarement interrompu, l'esprit demeurait fort lucide et indemne de lacunes; il était toujours avide d'apprendre et, récemment encore, il se faisait lire un ouvrage sur l'évolution du système nerveux; c'est, en effet, sur le système nerveux, ce grand moteur de l'organisme, encore enveloppé de tant de mystères, qu'ont porté spécialement ses études, et c'est pour cette raison que nous le voyons en relation avec la Société d'anthropologie et la Société médico-psychologique. » — A. R.

LE MARTYROLOGE DE LA PSYCHIATRIE (*suite*).

Un infirmier étranglé par un aliéné. — Nous avons le regret d'ajouter un fait nouveau à notre martyrologe : un infirmier a été étranglé par un aliéné à l'asile de Rennes. Notre excellent collègue, M. le Dr Sizaret, médecin en chef de cet établissement, a bien voulu nous donner lui-même le récit de ce dou-

©BIUM

loureux événement, que nous nous faisons un devoir de reproduire :

« Le 24 juin 1912, vers 10 heures du soir, le veilleur de nuit de la division des hommes, faisant sa ronde réglementaire, pénétra dans le dortoir du pensionnat de deuxième classe occupé par quatre malades et un infirmier, le chef de quartier, Pierre Fourel, âgé de quarante-sept ans, employé à l'asile depuis treize ans. Dans ce dortoir, il y avait, parmi les malades, trois déments internés de vieille date, et enfin un malade, le sieur B..., âgé de trente ans, entré depuis six semaines. Cet homme, atteint de mélancolie hypocondriaque, était obsédé fréquemment; il ne voulait notamment pas se servir pour uriner d'un vase de nuit ni d'une chaise percée; il voulait même la nuit se rendre aux W.-C. A plusieurs reprises, il avait déjà fallu que l'infirmier insistât beaucoup pour lui faire garder son lit; quand le veilleur de nuit entra, il trouva B..., debout en chemise près de la porte et le malheureux Fourel étendu déjà sans vie à ses pieds, simplement vêtu de sa chemise; le veilleur, gaillard vigoureux, porte Fourel sur son lit et, tout en lui donnant ses soins, appelle du secours dans une salle voisine. Le malade se laisse docilement recoucher. L'interne de garde est appelé, mais le malheureux gardien ne peut être ranimé. Le médecin en chef, avisé de suite, ne peut que constater le décès. La face était violacée, mais il n'y avait aucune trace de strangulation; les mains étaient ensanglantées, car le pauvre infirmier a lutté pour défendre ses clefs qu'on a dû lui arracher, et c'est au cours de la lutte que le malade B... l'a étouffé en lui comprimant le cou, sans doute sous son coude. Il m'a d'ailleurs parfaitement avoué son acte dû à ce que Fourel l'avait empêché de sortir.

« Ce pénible événement n'aurait pu être prévu et Fourel notamment était une nature douce et calme, très dévoué aux malades et très aimé d'eux. Il était d'ailleurs placé au pensionnat à titre de poste de choix.

« Ses obsèques ont été célébrées le 27 juin à l'asile de Rennes en présence de M. le Préfet, de M. le Secrétaire général et de M. le Chef de cabinet du Préfet, de M. le Premier Président Maulion, de M. le Président de Chambre De Savignon-Larombière, de M. le Président du Tribunal, de M. le Procureur de la République, des membres de la Commission de surveillance, et de nombreux amis et parents venus se joindre au personnel de l'asile.

« A l'issue de la cérémonie funèbre, M. Lemaistre, directeur de l'asile, puis M. le Préfet, Saint, ont, en un langage ému, exprimé leurs regrets et glorifié l'acte de l'infirmier mort en obscure victime du devoir. »

©BIUM

CONCOURS POUR LA NOMINATION A DEUX PLACES DE MÉDECIN EN CHEF DANS LES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

Le jury de ce concours est composé de la façon suivante :

Membres titulaires. — M. GRANIER, inspecteur général des services administratifs au Ministère de l'Intérieur, président,

M. le Dr DEJERINE, professeur de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de Paris ;

M. le Dr CHASLIN, médecin de la Salpêtrière ;

M. le Dr LWOFF, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche ;

M. le Dr VIGOUROUX, médecin en chef de l'asile de Vaucluse ;

M. le Dr LEVET, médecin-directeur de l'asile de la Charité-sur-Loire (Nièvre) ;

M. le Dr BRICHE, médecin en chef de l'asile de Bailleul (Nord).

Membres suppléants. — MM. le Drs KÉRAVAL, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, et DEZWARTE, médecin en chef de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle).

Le concours s'est ouvert le 1er juillet 1912. Neuf candidats s'étaient fait inscrire. Quatre seulement se sont présentés à l'ouverture du concours, dont voici les résultats :

Epreuve sur titres :

MM.	CAPGRAS.	29	points.
	J. CHARPENTIER . .	24	—
	DUCOSTÉ.	25	—
	JUQUELIER	28	—

Epreuve de Pathologie mentale (composition écrite de 4 h.) : « Valeur séméiologique des stéréotypies ». Questions restées dans l'urne : « Etats confusionnels, pathogénie et traitement ; les démences : symptômes et diagnostic.

MM.	CAPGRAS	29,5	points.
	J. CHARPENTIER. .	24	—
	DUCOSTÉ	25,5	—
	JUQUELIER. . . .	29,5	—

Epreuve clinique orale (2 aliénés) :

MM.	CAPGRAS	28	points.
	J. CHARPENTIER. .	22	—
	DUCOSTÉ	26,5	—
	JUQUELIER. . . .	29	—

©BIUM

Epreuve clinique écrite (2 aliénés : rédaction d'une consultation et d'un rapport médico-légal) :

MM.	Capgras.	29	points.
	Ducosté.	29	—
	Juquelier	29	—

Epreuve écrite de soins à donner aux aliénés (2 heures) : « Traitement des délires toxi-infectieux ». Questions restées dans l'urne : « Refus d'aliments; clinothérapie » :

MM.	Capgras	29,5	points.
	Ducosté	25,5	—
	Juquelier.	29,5	—

Epveuve clinique de médecine générale : un malade d'hôpital :

MM.	Capgras	27,5	points.
	Ducosté	29	—
	Juquelier.	27,5	—

MM. Capgras et Juquelier (172 points), sont nommés *ex-æquo*.

A PROPOS DE LA REMISE AUX ALIÉNÉS DES PIÈCES JUDICIAIRES.

La Société médico-psychologique ayant discuté, dans sa séance du 29 avril dernier (V. *Annales méd.-psych.*, numéro de mai, p. 585), la question de la remise aux aliénés des pièces judiciaires, il nous a paru intéressant de rapporter le fait suivant :

En 1910, on était en train de procéder à l'interdiction d'un aliéné de l'asile de... L'huissier apporta une citation, qui, sur opposition du médecin, ne fut pas remise au malade mais versée au dossier. Quelques jours plus tard, l'intéressé adressa incidemment au Parquet une réclamation quelconque. Il reçut à ce propos la visite du Procureur qui lui parla de son interdiction. Etonné de n'avoir pas été averti, le malade protesta avec véhémence, si bien que l'huissier qui n'avait pas remis « à la personne » la pièce en question fut cité devant le Tribunal, et se vit, comme sanction, infliger un blâme.

F. Adam,
Interne à Charenton.

CRÉATION D'UN OFFICE CENTRAL DE CRIMINOLOGIE.

L'opinion publique s'est émue à plusieurs reprises du nombre toujours grandissant des infractions à la loi pénale et particu-

©BIUM

lièrement du progrès de la criminalité juvénile. A son tour, le Parlement se préoccupant de cette question a voté le 21 décembre 1909 un projet de résolution invitant le garde des Sceaux à étudier les moyens d'organiser, à Paris, un service ayant pour but l'examen scientifique des criminels et la recherche des facteurs sociaux de la criminalité. Une commission, nommée par M. Cruppi, avait conclu à ce que cette expérience fût tentée, mais pour les condamnés seulement. M. Briand, continuant l'œuvre de son prédécesseur, a pris l'initiative de demander au Parlement les crédits nécessaires à la création d'un office central de criminologie. Cet office, annexé au service de statistique de la Chancellerie, aura pour but précis d'étudier d'une manière approfondie les criminels au triple point de vue de leur organisation physique et biologique, de leur état psychique et des influences sociales qui ont agi sur eux. La statistique venant rapprocher les données ainsi acquises pourra faire apparaître les lois de la genèse du crime et permettre aux législateurs mieux éclairés de prendre les mesures nécessaires pour enrayer le mouvement toujours croissant de la criminalité.

Le *Temps*, qui publie cette note dans son numéro de vendredi 22 juin 1912, annonce quelques jours après que cette création nécessitera une dépense annuelle de 25.000 francs. Ce ne sera pas payer trop cher ce nouveau rouage bureaucratique, s'il doit réellement rendre les services signalés qu'on semble en attendre.

MORT D'ANTOINE LE GUÉRISSEUR, APÔTRE D'UNE NOUVELLE RELIGION

L'apôtre d'une nouvelle secte religieuse, qui fut en même temps un thaumaturge réputé, vient de mourir en Belgique. L'histoire de ses faits et gestes mériterait à tous égards d'être étudiée au point de vue médico-psychologique, et nous espérons bien que cette étude, intéressant à la fois la psychologie morbide et l'épidémiologie mentale, tentera quelqu'un de nos distingués collègues belges. On a rarement l'occasion de prendre ainsi sur le vif une de ces manifestations collectives religieuses, de la suivre dans sa genèse et son évolution.

En attendant, nous croyons devoir reproduire les renseignements fournis à ce sujet par le *Temps* (numéro du jeudi 27 juin 1912) :

Un homme de Wallonie, un petit bourgeois, presque du peuple, est mort hier, qui avait acquis non seulement en Belgique même mais un peu partout où il y avait des malades et des désespérés, une célébrité et un crédit exceptionnels; c'est celui qu'on appelait Antoine le Guérisseur. Il n'avait fait rien de moins que de fonder une religion, une espèce de variété de

©BIUM

christianisme mélangé de théosophie. Il guérissait par la prière et l'imposition des mains, à la manière des *christian scientists* d'Angleterre et d'Amérique.

Peu à peu les malades de l'âme comme du corps, les incurables, les déséquilibrés, les névropathes, tous ceux que les médecins avaient abandonnés, avaient appris le chemin du petit pays de Jemmappes, où Antoine avait son temple et tenait ses assises de médecine religieuse. Depuis plusieurs années il y avait les foules de Jemmapes comme les foules de Lourdes, et les « antoinistes » recrutés parmi les inquiets d'un culte nouveau et augmentés des guéris reconnaissants formaient une communauté éparse en divers lieux, mais fort nombreuse.

Depuis hier le prophète et guérisseur belge n'est plus.

Il y a quelques jours, la santé d'Antoine était devenue précaire, et lundi matin un incident inattendu a encore accru les craintes de son entourage.

Vers dix heures trente, comme il se trouvait dans son temple, il s'affaissa subitement frappé d'apoplexie. On dut le transporter chez lui, où il reprit peu à peu ses sens.

Sur ces entrefaites, un grand nombre de ses disciples, vêtus de soutanes d'une coupe spéciale et coiffés d'immenses chapeaux, étaient accourus auprès du lit de leur maître. Antoine alors proféra : « Demain quelque chose de sérieux se produira. » Puis il ajouta d'une voix sourde : « Je désire que ma femme me succède dans mon enseignement religieux. »

Antoine avait tardé beaucoup avant de faire sa révélation et de se déclarer l'homme de Dieu. Pendant nombre d'années, il était un homme comme un autre, un simple employé à la division des forges et martelage de la Société Cockerill. Il fut ensuite encaisseur à la Société anonyme des tôleries liégeoises. Puis il s'occupa d'assurances. Enfin vinrent la grâce, l'action publique, les prédications publiques. Antoine était alors déjà dans l'âge mûr.

On le dit propriétaire des maisons ouvrières qui entourent son temple. D'aucuns estiment sa fortune à 80.000 francs. Quoi qu'il en soit, Antoine le Guérisseur a toujours vécu modestement. Au temple où il prêchait, Antoine avait adjoint une imprimerie et publiait chaque semaine un journal populaire qui tirait à plus de 20.000 exemplaires et répandait les doctrines de l'apôtre.

Il y a quelques mois, « les antoinistes » de Belgique avaient adressé aux Chambres une pétition demandant que la religion nouvelle fût reconnue par l'Etat. La pétition des fidèles du culte antoiniste portait cent mille signatures. L'œuvre d'Antoine ne sera pas arrêtée par sa mort. Au temple, où son corps est exposé, l'affiche suivante a été apposée :

©BIUM

CULTE ANTOINISTE

Frère,

Le conseil d'administration du culte antoiniste porte à votre connaissance que le Père vient de se désincarner aujourd'hui mardi matin 25 juin. Avant de quitter son corps, il a tenu à revoir une dernière fois ses adeptes pour leur dire que Mère le remplacera dans sa mission, qu'elle suivra toujours son exemple. Il n'y a donc rien de changé, le Père sera toujours avec nous, Mère montera à la tribune pour les opérations générales les quatre premiers jours de la semaine à dix heures.

L'enterrement du Père aura lieu dimanche prochain 30 juin, à trois heures.

Le conseil d'administration.

Quelques jours après, le mardi 2 juillet, le même journal racontait ainsi qu'il suit l'enterrement de l'apôtre :

Antoine le Guérisseur, que ses adeptes appelaient aussi Antoine le Généreux, a été inhumé hier dans la localité où il exerçait sa mission et son culte, à Jemmappes-sur-Meuse, province de Liège. Aux « antoinistes » du pays étaient venus se joindre nombreux des membres des autres communautés de Belgique.

Le corps du prophète défunt, qui avait été exposé plusieurs jours dans le temple où il prêchait et imposait les mains aux malades, a été accompagné au cimetière par un cortège évalué à quinze mille fidèles, dont beaucoup donnaient les signes de la plus vive douleur. Le cercueil porté par douze hommes de la communauté, était précédé d'un tronc d'arbre figurant l'arbre de la science du bien et du mal, que portait l'un des plus qualifiés adeptes de l'antoinisme, M. Delcroix, professeur à l'athénée de Liège. Ainsi qu'Antoine l'avait prescrit, ses restes ont été enterrés dans la fosse commune (1).

---

(1) Ce n'est pas seulement en Belgique que sévit cette plaie de guérisseurs ; on en trouve partout. L'Alsace a eu longtemps le sien qui vient de mourir, ainsi que nous l'apprend la dépêche suivante envoyée au *Temps* (numéro du mercredi 10 juillet 1912) :

« On annonce la mort à Dorlisheim du célèbre guérisseur appelé le « Dormeur de Dorlisheim ». C'était un nommé Geoffroy Jost, qui dans le sommeil hypnotique prescrivait des ordonnances. Malgré des poursuites judiciaires et des insuccès, la population des différentes régions d'Alsace continuait à s'adresser à lui. Il donnait du reste ses consultations en présence d'un médecin, afin de ne pas tomber sous le coup de la loi pour exercice illégal de la médecine ».

©BIUM

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*).

56. *Suicide.* — Au cours d'une crise de neurasthénie, un Allemand de vingt et un ans, M. Erwin Weissenburger, demeurant en garni, 4, rue Albouy, a mis fin à ses jours en se tirant un coup de revolver dans la tempe droite.

Dans deux lettres, adressées l'une à son père, ingénieur à Offenbach, l'autre à M. Souliard, commissaire de police du quartier de la Porte-Saint-Martin, le désespéré demande que son cadavre soit envoyé à la Faculté de médecine pour y être disséqué (*Le Journal*, numéro du dimanche 2 juin 1912).

57. *Suicide.* — Au cours d'une crise de neurasthénie, une Américaine, M^lle^ Margaret Kravens, âgée de vingt-huit ans et domiciliée rue du Colisée, 29, s'est suicidée hier en se tirant une balle de revolver au cœur. La désespérée avait, à plusieurs reprises, manifesté son intention d'en finir avec la vie. (*Le Temps*, numéro du mardi 4 juin 1912).

58. *Double meurtre.* — On télégraphie de Toulouse au *Journal* (numéro du jeudi 6 juin 1912) :

Dans une métairie située au-dessus du hameau de Aynat, près de Bedeilhal (Ariège), vivait un ménage composé du père, de la mère et de deux jeunes enfants, un garçon et une fille.

Le père, un nommé Maury, donnait depuis quelque temps des signes de déséquilibre mental. Dans un brusque accès de folie, Maury a étranglé sa jeune femme.

Quand les voisins se sont aperçus du meurtre, l'assassin a fui en emportant dans ses bras sa jeune fillette et a disparu dans les bois environnants. On a retrouvé le cadavre de la fillette au pied d'un rocher. La gendarmerie de Saurat bat la montagne, à la recherche de ce fou criminel.

59. *Multiples tentatives de meurtre et suicide.* — On télégraphie de Marseille au *Matin* (numéro du jeudi 6 juin 1912) :

Une horrible tragédie s'est déroulée ce matin, au lever du jour, 17, rue Jourdan, dans le quartier Saint-Lazare.

Un docker, nommé Carpena, âgé de quarante-quatre ans, malade depuis quelques jours, se levait soudain ce matin, vers trois heures. Il était en proie à une vive agitation.

— Où vas-tu? lui demanda sa femme.

Cette question eut sans doute le don d'exciter davantage le docker. Il partit d'un trait à la cuisine, s'y arma d'un couteau et revint vers la chambre, les yeux hagards. Sa femme l'avait suivi. Canepa se jeta sur elle et la frappa avec rage. La pauvre femme, grièvement blessée, poussa des cris d'angoisse. Ces cris et la vue du sang redoublèrent la fureur du dément qui,

©BIUM

s'emparant d'un revolver, tira à plusieurs reprises sur sa compagne.

Celle-ci, perdant son sang par plusieurs blessures, s'enfuit éperdue jusque chez des voisins où elle s'évanouit. Ceux qui l'avaient recueillie s'empressèrent de monter chez Canepa. Celui-ci, après avoir grièvement blessé ses trois fillettes, Alexandrine, sept ans, Yvonne, six ans, et Rose, deux mois, s'était tué d'une balle de revolver.

La police, aussitôt prévenue, fit transporter immédiatement la mère et les enfants à l'hôpital. Pendant ce transfert, la petite Yvonne rendit le pernier soupir.

60. *Homicide et suicide.* — On lit dans *Le Matin* (numéro du samedi 15 juin 1912) :

Hier, à Noisy-le-Sec, à 4 heures de l'après-midi, une ménagère, M^me^ Victorine Belot, trente et un ans, dans un accès de neurasthénie, s'est tranché la gorge, après avoir fait subir le même sort à son enfant, Lucien, âgé de quatre ans et demi.

Vers 5 heures, le frère aîné, le jeune Maurice Belot, âgé de neuf ans, qui, la classe terminée, s'était amusé en route — fort heureusement pour lui — frappait à la porte de ses parents. Très intrigué de ne recevoir aucune réponse, il descendit chez la concierge. On enfonça la porte... La ménagère et le bébé gisaient sur le lit, la gorge ouverte et le cou tailladé, au milieu d'une immense mare de sang. Sur le sol, on voyait un rasoir assez fort tout ouvert et ensanglanté.

A 7 heures, le mari, M. Belot, mécanicien, rentra. Tout en sanglotant, il dit aux magistrats :

— Ma femme, malade depuis très longtemps, toussait beaucoup... Elle était devenue neurasthénique et avait souvent des crises nerveuses. C'est sûrement pendant une de ces crises qu'elle a agi.

61. *Quadruple homicide.* — On télégraphie d'Alexandrie (Italie) à l'*Agence Havas*, le dimanche 22 juin 1912 :

Ponzano, vingt-neuf ans, enfermé dans une maison de fous après avoir tué en 1912, sans motifs, sa petite fille âgée de six ans, a échappé aujourd'hui à la surveillance des gardiens et s'est rendu à sa maison, faubourg Valmadonna, où il a tué à coups de couteau au cou son frère, sa belle-sœur et ses deux neveux, une petite fille de quatre ans et un enfant de trois ans.

Les quatre victimes ont eu la tête presque séparée du tronc à la suite des coups terribles qu'ils ont reçus.

62. *Tentative d'homicide.* — Un homme aux yeux hagards, aux cheveux épars sur un front strié de rides, se présentait, hier matin, à 5 heures, au commissariat du quartier de la Gare et déclarait qu'il venait de tuer sa femme.

©BIUM

C'était un briquetier, Léon Debrie, âgé de trente-six ans, demeurant 52, avenue de Choisy.

Atteint d'aliénation mentale, il était depuis plusieurs jours sujet à des crises violentes.

— Un nain, raconta-t-il au commissaire, voulait me ravir ma femme. Ce nain n'était autre qu'un vampire qui dévorait le cœur de ma compagne. Aussi, pour lui éviter de mourir de la façon atroce préméditée par ce sinistre démon, j'ai préféré la tuer moi-même.

Une enquête fut ouverte. Il fut, en effet, établi que, vers quatre heures du matin, Léon Debrie, après avoir dit à sa femme, née Marie Pale, âgée de trente-huit ans : « Je vais te faire mourir pour que tu ne me quittes pas! » lui porta quatre coups de canne-épée, puis s'enfuit en criant au concierge : « Ma femme est morte, un géant l'a enlevée! »

Mme Debrie a été transportée à l'hôpital Cochin, où son état a été jugé très grave. Le meurtrier dément a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Petit Journal*, numéro du mercredi 26 juin 1912.)

63. *Meurtre et suicide.* — Un alcoolique, Henri Robbe, menuisier, âgé de quarante-trois ans, et habitant au n° 41 de la rue Louis-Blanc, s'est jeté hier sur sa femme, au cours d'une crise de *delirium tremens*, et lui a tranché l'artère carotide avec un couteau de cuisine. Après quoi, tournant son arme contre lui-même, il s'en porta sept coups dans la région du cœur. Lorsque des voisins accoururent aux cris d'une petite fille de sept ans, l'unique enfant des époux Robbe, qui avait assisté à cette scène, ils se trouvèrent en présence de deux cadavres. (*Le Temps*, numéro du jeudi 27 juin 1912.)

64. *Double meurtre et suicide.* — On télégraphie de Schaffhouse (Suisse) au *Petit Journal* (numéro du jeudi 27 juin 1912) :

Un ancien agent de police nommé Streif a, dans un accès d'aliénation mentale, tué à coups de revolver sa femme et son enfant âgé de six ans, puis s'est suicidé.

65. *Agression violente.* — M. Bouteiller, commissaire de police du quartier d'Auteuil, se rendait hier, boulevard Murat, 131, au domicile d'un dessinateur, M. Marcel Kroll, trente-cinq ans, devenu fou à la suite de surmenage et qu'il avait mandat de remettre à l'administration d'un hospice d'aliénés. Le dément prit le magistrat pour le bourreau chargé de l'exécuter et lui fit une profonde blessure à l'épaule gauche. Des gardiens de la paix, des voisins réussirent heureusement à enfoncer la porte et parvinrent à délivrer le commissaire, qui reçut des soins dans une pharmacie. Marcel Kroll a été conduit à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Temps*, numéro du mercredi 3 juillet 1912.)

©BIUM

TRIBUNAUX

Après le vol d'un tableau. — Eugène Renault et son amie, Marie Debouche, avaient à répondre hier devant la 10e Chambre correctionnelle du vol, au préjudice de M. Combrac, d'un tableau de Harpignies d'une valeur de 2.000 francs et revendu pour 300 francs.

Examiné, au cours de l'instruction, par le Dr Rogues de Fursac, le médecin expert a fait de Renault le portrait suivant :

« Renault a mené une existence passablement mouvementée, travaillant dans différents journaux, voyageant pour le compte de la société « Mutuelle de transports », société ayant pour but la défense des intérêts des commerçants ; organisant des lignes de diligences automobiles ; créant une association des officiers de l'Instruction publique et d'Académie ; écrivant différents ouvrages, dont certains ont eu, nous dit-il, un gros succès de librairie ; fondant, en dernier lieu, trois cabarets artistiques à Lyon, un journal d'art à Paris ; organisant, en 1911, le Salon d'art religieux, dont il retira, nous dit-il, un bénéfice net de 4.000 francs, et s'occupant ensuite du commerce des tableaux et des objets d'art... »

Renault, dont la responsabilité est entière, a été condamné à treize mois de prison et son amie à quatre mois de la même peine. Me de Moro-Giafferi avait présenté leur défense. (*Le Temps*, numéro du vendredi 31 mai 1912.)

Le nouveau coup du garde champêtre. — Le jeune Gabriel Garillon — il a vingt et un ans — est le fils du garde champêtre de Noisy-le-Sec, et le 24 décembre dernier, à la faveur de la messe de minuit, ce grand garçon ayant besoin d'argent, n'hésita pas, pour s'en procurer, à recourir à un moyen qui le conduit aujourd'hui devant la Cour d'assises de la Seine.

S'étant coiffé du képi de son père, revêtu de sa pèlerine officielle et armé de son revolver qu'il eut le soin de charger de cinq balles blindées, il se rendit à l'église, puis, l'office terminé, il prit en filature jusqu'à Romainville quatre jeunes gens qu'il arrêta dans cette localité.

— Je suis, leur dit-il, le garde champêtre, et je vous dresse procès-verbal parce que vous avez eu à l'église une attitude absolument inconvenante !

Protestations des jeunes gens, qui consentent cependant, pour étouffer l'affaire, à remettre leur porte-monnaie au jeune Garillon qui, plus gourmand, veut aussi leurs montres. Et il les menace alors de son revolver. Nos jeunes gens finissent alors par où ils auraient dû commencer : ils s'emparent du pseudo-

©BIUM

garde champêtre et le conduisent devant le commissaire de police.

Garillon est défendu devant les jurés par Me Comalet. Un médecin légiste a conclu à une large atténuation de sa responsabilité. Il est condamné à un an de prison. (*Le Temps*, numéro du vendredi 5 juillet 1912.)

Prix de la Société médico-psychologique.

Année 1913.

Prix Belhomme. — 1.000 francs. — Question : *De la démence chez les épileptiques.*

Prix Christian. — 300 francs. — Ce prix est attribué chaque année par le Bureau de la Société donataire à un interne des asiles d'aliénés de Paris ou de province momentanément gêné, soit pour terminer ses études, soit pour payer sa thèse (1).

Prix Esquirol. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit, sur un point de pathologie mentale.

Prix Moreau (de Tours). — 200 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1909 et 1910, dans les Facultés de médecine de France, sur un projet de pathologie mentale et nerveuse.

---

(1) *Règlement du prix Christian.* — Article premier. — Les internes des asiles publics de France, candidats au prix Christian, devront :

1° Etre de nationalité française ;

2° Justifier de leur état de gêne momentané par la production d'une attestation du médecin chef du service où ils sont internes ;

3° Faire parvenir au secrétaire de la Société médico-psychologique une copie du manuscrit de leur thèse.

Art. 2. — Le candidat désigné par le Bureau recevra le montant du prix après l'envoi au trésorier de la Société médico-psychologique de deux exemplaires de faculté de sa thèse.

Art. 3. — Dans le cas où le prix ne serait pas décerné une année, le montant en sera reporté à l'année suivante et le Bureau pourra, s'il y a lieu, décerner plusieurs prix.

Art. 4. — Le prix Christian ne confère pas au candidat qui l'obtient le titre de lauréat de la Société médico-psychologique.

©BIUM

ANNÉE 1914.

PRIX AUBANEL. — 1.500 francs. — Question : *Les démences traumatiques à l'exclusion de la paralysie générale.*

PRIX CHRISTIAN. — 300 francs. — Ce prix est attribué chaque année par le Bureau de la Société donataire à un interne des asiles d'aliénés de Paris ou de la province, momentanément gêné, soit pour terminer ses études, soit pour payer sa thèse.

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

PRIX SEMELAIGNE. — 300 francs. — Ce prix est attribué à la meilleure thèse soutenue au cours des trois années précédentes, par un interne des asiles de la Seine ou des hôpitaux de Paris, sur un sujet de médecine mentale, concernant de préférence l'histoire, la législation de la médecine légale.

NOTA. — Les mémoires manuscrits ou imprimés, devront être déposés le 31 décembre 1912 pour les prix à décerner en 1913, et le 31 décembre 1913 pour les prix à décerner en 1914, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris, ou chez M. le Dr ANT. RITTI, secrétaire général de la Société médico-psychologique, 68, boulevard Exelmans, Paris-Auteuil. Les mémoires manuscrits devront être inédits et n'avoir pas obtenu de prix dans une autre Société; ils pourront être signés. Ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les noms et adresse des auteurs.

CONCOURS POUR UNE PLACE DE MÉDECIN-ADJOINT DU SERVICE DES ALIÉNÉS DE BICÊTRE ET DE LA SALPÊTRIÈRE

Un concours pour la nomination à une place de médecin-adjoint du service des aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière sera ouvert le lundi 18 novembre 1912, à midi, dans la salle des concours de l'administration de l'Assistance publique, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration, avenue Victoria, 1, de dix heures à trois heures, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, du lundi 14 octobre au samedi 2 novembre inclusivement.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
OU
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie.

CONSIDÉRATIONS SUR QUELQUES DOCUMENTS CONCERNANT

L'ALCOOLISME DANS LE FINISTÈRE

(1826-1906)

Par le Dr Lucien LAGRIFFE
Médecin des asiles.

« Tre ma vou bleidi ér hoèdeu,
Tud méù e vou dré en henteu. »
Proverbe breton (1).

A l'heure où le Parlement semble vouloir se préoccuper enfin des dangers que fait courir à notre pays le redoutable fléau qu'est l'alcoolisme (2), nous nous décidons à publier toute une série de documents concernant un des départements français où l'alcool fait le plus de

(1) Tant qu'il y aura des loups dans les bois,
Il y aura des ivrognes sur les routes.
(2) Cet article a été écrit en janvier 1911.

©BIUM

ravages ; où, aujourd'hui, un vice, plusieurs fois séculaire, tend à prendre des proportions telles qu'une intervention énergique s'impose, d'où qu'elle vienne et quels que soient les moyens par quoi elle pourra se manifester.

Les éléments sur lesquels repose cette étude sommaire sont de trois ordres : 1° la consommation de l'alcool et des boissons fermentées dans le Finistère ; 2° le chiffre des entrées à l'asile public des aliénés, hommes, de Quimper, avec le nombre de cas dans lesquels l'abus des boissons alcooliques a sa part ; 3° le nombre des accusés de crimes et de délits contre les personnes et les propriétés, lorsque ces crimes et ces délits sont de nature à traduire une aberration du sens moral (en exceptant par conséquent les délits de port d'arme, les banqueroutes, les délits de chasse, d'octroi, les crimes politiques, etc.), les cas d'ivresse correctionnelle, les cas de mort accidentelle par ivresse, les cas de suicide. Les premiers documents m'ont été aimablement fournis par le directeur des Contributions indirectes du Finistère ; les derniers ont été extraits du *Compte général de l'administration de la justice criminelle en France*, adressé tous les ans par le Garde des sceaux au Chef de pouvoir exécutif et publié depuis 1825.

Enfin, pour ce qui a trait au mouvement des malades à l'asile de Quimper, il m'a suffi de consulter les anciens registres et les rapports médicaux annuels de cet établissement. Si j'avais pensé un seul instant que cette besogne pût être fastidieuse, ce sentiment n'eût été que de courte durée en raison des renseignements curieux qu'elle m'a permis de recueillir ; mais il me plaît assez de remuer la poussière des choses anciennes et des vieux papiers, et je savais par avance que les archives de l'asile de Quimper sont anciennes. Cet asile

©BIUM

est en effet de ceux qui furent organisés avant la promulgation de la loi du 30 juin 1838 ; il succédait au surplus à une institution très ancienne, le dépôt de l'hospice de Lanmeur, chef-lieu de canton de l'arrondissement de Morlaix. Déjà, à partir du premier Empire, l'administration éprouvait, en raison de leur nombre croissant, les plus grandes difficultés à pourvoir au placement des aliénés dangereux pour la sécurité publique : le dépôt de Lanmeur devenait trop étroit et les administrations hospitalières du département acceptaient difficilement ce genre de malades, faute de place et en raison des frais que leur garde occasionnait. C'est pourquoi à la session d'août 1818 du Conseil général, M. de Cintré, préfet du Finistère, soumettait à cette assemblée un projet élaboré sur sa demande par l'ingénieur en chef des ponts et chaussées (?) et tendant à établir, dans l'enceinte de l'hospice civil de Quimper, un dépôt pour les aliénés. Il ne fut pas donné de suite immédiate à ce projet ; en 1818, en effet, le Conseil général ne put trouver les ressources suffisantes et, en 1819, le Gouvernement manifesta l'intention de créer une maison centrale pour les aliénés dans chaque division militaire ; le ministre de l'Intérieur invitait même « les préfets des départements dans lesquels des fonds avaient été votés pour des constructions ou réparations relatives aux aliénés à suspendre l'emploi de ces fonds » (1).

Le Gouvernement n'ayant pas réalisé ces intentions, le baron de Chaulieu soumit en 1821 à la session d'août du Conseil général le projet présenté en 1818 par son prédécesseur. S'élevant à 48.000 fr., effort considérable pour l'époque, ce projet fut adopté ; mais le manque de ressources suffisantes obligea de répartir la

(1) Circulaire du ministre de l'Intérieur du 16 juillet 1819, in *Législation sur les aliénés*, tome I, p. 10. Paris, Berger-Levrault, 1880.

©BIUM

dépense totale sur quatre exercices. Les travaux, immédiatement commencés, furent terminés en 1825 et le 26 février 1826, le quartier d'hospice de Quimper était ouvert à treize malades.

Cette situation de quartier d'hospice dura peu : en 1828, l'annexe détachée de l'hospice devint service départemental autonome. Si nous avons tenu, par une digression un peu longue, à préciser rapidement les origines (1) de l'asile de Quimper, c'est d'abord pour

---

(1) Pour ceux que peut intéresser l'histoire de l'assistance des aliénés en France, nous donnons ici quelques renseignements complémentaires sur le fonctionnement de l'asile avant 1838 : à partir du détachement de l'hospice, l'administration intérieure placée sous l'autorité et la surveillance immédiate du Préfet, était assurée par une Commission de cinq membres et renouvelable chaque année par cinquième sur une liste de trois candidats présentée au Préfet par la Commission. De même l'économe et le médecin étaient nommés par le Préfet, sur une liste de trois candidats choisis par la Commission qui nommait directement aux emplois subalternes. L'admission des malades avait lieu sans formalités judiciaires; cependant jusqu'en 1838, la plupart des malades et particulièrement tous les malades indigents (ceux précisément qui étaient internés par mesure administrative) étaient interdits préalablement à leur admission.

Dans un règlement élaboré en 1833 et arrêté entre le Préfet et la Commission administrative, nous voyons entre autres particularités que les pensionnaires devaient apporter leurs lit et fournitures de couchage sauf paiement d'un abonnement particulier. Les aliénés réputés incurables n'étaient pas conservés; ceux dont la présence occasionnait de graves inconvénients pour l'asile ou les autres malades pouvaient être congédiés sans avis préalable en vertu d'une décision du Préfet prise sur rapport de la Commission. La visite médicale devait durer au moins une heure, le médecin devait fournir un rapport technique tous les trois mois et tous les ans; il ne pouvait se faire suppléer *habituellement* sans autorisation. Enfin, tous les trois mois et en présence d'un membre de la Commission, il était procédé à une *reconnaissance individuelle* de chaque aliéné.

Mais dans le règlement de 1833 cette Commission s'était attribué un rôle qui ne pouvait manquer de la mettre en conflit avec l'Administration départementale; elle oubliait trop souvent, *nihil novum sub sole*, que, l'asile ayant été détaché de l'hospice, elle ne pouvait administrer qu'au nom du département. Le Préfet dut en référer au Pouvoir central et, le 27 juin 1834, le ministre de l'Intérieur déclarait que le dépôt des aliénés de Quimper étant départemental devait être administré par le département ou en

©BIUM

détruire une légende, tenace comme toutes les légendes, qui veut que l'asile de Quimper ait été créé dans un ancien pénitencier, et qui repose sur la fausse interprétation d'un passage de Renaudin (1); c'est ensuite pour montrer combien, déjà à cette époque et en raison de leur nombre élevé, l'assistance des aliénés s'imposait de façon urgente dans le Finistère.

Si donc l'asile de Quimper est antérieur, de douze ans, à la loi de 1838, c'est qu'il répondait à un besoin des plus urgents et non parce qu'il avait plu à l'administration départementale du Finistère de créer, de son propre mouvement, une institution originale.

En fouillant dans les papiers et registres de cette maison déjà ancienne, nous avons pu noter année par année les entrées de délirants alcooliques et en tournant des feuillets jaunis, en lisant de vieilles relations de maladies, d'autopsies, de vieux rapports, nous avons pu en quelque sorte évoquer toute l'histoire de la psychiatrie française depuis la Restauration. Nous avons vu se dégager peu à peu les notions d'étiologie, de symptomatologie, de pronostic, de diagnostic et de traitement, sur lesquelles repose toute la science d'aujourd'hui. Nous avons vu le soin, exemplaire et enviable, avec lequel de vieux maîtres, qui s'appelaient Follet et Baume,

---

son nom, que par conséquent la Commission existante ne pouvait être qu'une Commission de surveillance sans action administrative et dont le maire de Quimper ne pouvait avoir la prétention d'être le président-né.

(1) E. Renaudin. Notice sur le Dr Follet, *Annales médico-psychologiques*, avril 1857, p. 307. Renaudin dit : « L'administration n'avait conçu, dans le principe, qu'un triste pénitencier », ce qui veut seulement dire que le premier asile ressemblait à un pénitencier triste; il était, nous l'avons dit, l'œuvre d'un ingénieur qui cultivait déjà l'incompétence, et était simplement constitué par un rez-de-chaussée divisé en trente cellules. Ces trente cellules existent toujours; nous devons dire qu'elles ont reçu une autre destination et ajouter qu'elles ne sont ni plus effrayantes, ni plus tristes que celles que l'on trouve encore aujourd'hui et en service dans la plupart des asiles français.

©BIUM

observaient leurs malades, les retournaient, es scrutaient, et l'œuvre nous est apparue grande de ces praticiens vaillants et dévoués qui creusaient leur sillon dans un champ encore inculte, qui ne dédaignaient pas d'apprendre tous les jours et qui, en amoncelant des matériaux et des documents sincères, nous ont légué tout ce avec quoi nous bâtissons maintenant. En même temps, le regret nous est venu de cette époque où le médecin d'asile n'avait à observer et à traiter qu'une population de malades ne dépassant que de très peu la centaine ; le travail de ces aliénistes d'autrefois nous est apparu d'ailleurs comme moins précis et moins productif au fur et à mesure que la population de l'asile augmentait et que, en raison de la méfiance ou d'exigences nouvelles, le médecin devait de plus en plus s'effacer devant l'administrateur.

Ces recherches nous ont montré que cette population assistée augmentait parce que se répandait le vice de l'alcoolisme, parce que aussi, en raison des progrès de la civilisation et de la socialisation, beaucoup d'individus héréditairement ou personnellement tarés ne pouvaient plus aussi facilement qu'autrefois vivre sans danger au milieu des populations saines. Les statistiques basées sur l'accroissement du nombre des aliénés n'ont pas, en effet, comme d'ailleurs toutes les statistiques, une valeur absolue : aujourd'hui, nos lois plus précises, mieux appliquées, les notions mieux comprises de solidarité, la diffusion de l'instruction, le perfectionnement de l'outillage économique, rendent plus faciles, plus intenses, plus fréquents aussi l'antagonisme et les conflits entre les individus sains et les individus tarés ou malades. Et nombreux sont aujourd'hui nos malades d'asile qui, il y a deux siècles, auraient pu sans inconvénients, tout au moins reconnus, vivre en liberté. La population assistée nous paraît donc s'accroître plus

©BIUM

certainement et plus rapidement que la population malade.

C'est à ce point de vue qu'il importe de remarquer que la passion de boire est ancienne en Bretagne et que, au contraire de certaines autres régions de la France, elle n'a que des rapports lointains avec les progrès de la civilisation.

Sans remonter jusqu'à ce Saint-Winnoch dont parle Renan (1), qui passant par Tours y prit l'habitude de boire et de s'enivrer, ce qui ne l'empêcha pas d'être un saint tout de même, nous voyons l'ivrognerie signalée comme un vice général dès le XVII^e^ siècle. « L'ivrognerie, dit M. Baudrillart (2), était établie à demeure au XVII^e^ siècle comme dans les siècles précédents, et ce vice s'était perpétué, peut-être en s'aggravant. » Au témoignage, plus précis, d'un contemporain (3), « être breton et être ivrogne, c'est tout un... Pour la jeune bretonne, quand elle veut se marier, il ne s'agit pas de savoir si son fiancé est ivrogne, le défaut qui règne dans ce pays-là étant de s'enivrer, mais de savoir seulement s'il a le vin méchant ou bon ; aussi n'épouse-t-elle pas un homme qu'elle ne l'ait vu ivre ». M^me^ de Sévigné raconte, au moment des États, qu'entre midi et deux heures, on ne trouve plus à qui parler en Bretagne. Et, à la même époque, dans les mêmes circonstances, les Commissaires du Roi et M. le duc de Chaulnes se plaignent de ce que les membres eux-mêmes de la noblesse « passent la nuit à yvrogner » (4).

---

(1) E. Renan. *Souvenirs d'enfance et de jeunesse*, p. 83. Paris, Calmann-Lévy, 1883.

(2) H. Baudrillart. *Les populations agricoles de la France. Normandie et Bretagne*. Paris, Hachette, 1885.

(3) Nicole. *Lettres sur la prévention à M^lle^ de Fonpertuis.*

(4) Lettres des commissaires du Roi à Colbert (30 août 1665), du duc de Chaulnes au Ministre (2 septembre 1665).

©BIUM

La consommation des spiritueux était devenue telle que trente ans avant les faits ci-dessus relatés, un arrêt du Parlement de Bretagne déclarait l'eau-de-vie susceptible d'être soumise au *devoir*, c'est-à-dire au droit de débit et de consommation, et à partir de l'arrêt confirmatif du 28 mars 1639, le commerce en prenait des proportions considérables. Le mal ne fit apparemment que s'accroître pendant tout le cours du XVIII[e] siècle, s'étendant à toutes les classes de la société, principalement dans celles qui avaient de profondes racines dans le peuple. Le bas clergé, en effet, faisait si peu exception à la règle que M[gr] F. H. de Plœuc, évêque de Quimper et comte de Cornouailles, édicte les peines les plus sévères pour lutter moins désavantageusement contre ce vice dégradant.

« Art. XVI. — Nous voyons avec douleur que les ecclésiastiques de notre diocèse qui doivent garder plus étroitement les règles de la tempérance et de la sobriété chrétienne, et par cette vertu soutenir et édifier les laïques, leur sont devenus depuis long temps un sujet de chute et de scandale : c'est ce qui nous oblige à nous élever avec plus de force contre ces yvrognes scandaleux et criminels aux yeux mesmes des libertins, et désespérans que les exhortations et les avertissemens que la charité Pastorale nous suggère, produisent aucun fruit dans ceux qui paraissent avoir entièrement oublié leur état et leur profession : Nous défendons sous peine de suspense d'une année entière à tous les ecclésiastiques de notre diocèse de paroistre dans les Églises estant yvres durant les offices divins, les dimanches et festes, de visiter les malades, ou de conférer quelque sacrement en cet état. »

La suspense de huit jours ayant paru une peine insuffisante pour empêcher les prêtres d'entrer au cabaret, M[gr] de Plœuc déclare suspens et interdits pour un

©BIUM

mois, *ipso facto*, tous les ecclésiastiques qui boiront en public. Et, pour tâcher, sans doute, de remédier à ce vice jusque dans les classes populaires, ce prélat ajoutait à l'article XXXVI de son règlement : « Faisons deffenses aux cabaretiers de donner à boire durant l'office sous peine d'excommunication, *ipso facto*, qu'encourront aussi tous ceux ou celles qui boiront dans les cabarets, etc. (1). »

Moins d'un siècle après, en 1794, Cambry, membre du Conseil du département du Finistère, nous montre le paysan breton sortant « des fossés, des marres, des cloaques où l'ivresse l'a précipité » ; et son commentateur, le chevalier de Fréminville, qui pourtant n'est pas suspect de tendresse pour le fonctionnaire de la Convention, ajoute en note, en 1836 : « Ce tableau très bien tracé... des habitants est d'une admirable vérité. Le temps n'y a rien changé encore. » En peut-il être autrement, lorsque « le vin et l'eau-de-vie ont été de tout tems leurs principaux remèdes... les cultivateurs boivent du cidre tant qu'ils en ont et sans ménagement : il faut vider une barrique le jour où l'on vient de la percer ». Et si Cambry remarque que dans le pays d'Arrès l'ivrognerie ne règne pas autant que dans les autres régions du département, la vérité l'oblige à ajouter ce correctif : « non qu'ils l'évitent, mais les occasions sont rares... » (2).

Non, le tableau n'était pas changé en 1836 ; un breton qui aima sa petite patrie et qui fut un de nos premiers et un de nos plus illustres folkloristes, Émile Souvestre, nous en trace un qui n'est pas flatté et qui

(1) *Statuts et règlements synodaux* publiés dans le synode général tenu à Quimper le 30 avril 1710, par Mgr François Hyacinthe de Plœuc, évêque de Quimper. A Quimper, chez Jean Périer, 1710.

(2) Cambry. *Voyage dans le Finistère*. Édition annotée et complétée par M. le chevalier de Fréminville. Brest, Lefournier, 1836.

©BIUM

complète malheureusement les notes un peu hâtives et un peu sèches de Cambry. E. Souvestre décrit l'ivresse qui obligatoirement termine les repas de baptême, il nous montre « des nourrices chargées du nouveau-né, retournant à la demeure de l'accouchée, chancelantes, avinées, au grand effroi (?) des passants. Les accidents sont pourtant fort rares : les Bretons ont une sorte d'instinct qui les guide dans l'ivresse. Ce n'est pas le *dieu des buveurs* qui les protège, comme le prétend le proverbe, c'est quelque chose de plus puissant : l'habitude... Les voyages à la ville sont une des plus vives jouissances des paysans bretons ; ils y trouvent des moyens de satisfaire la seule passion qui puisse vaincre leur parcimonie sévère : l'ivrognerie... mais fidèles à leur caractère d'économie, même dans leur excès, ils choisissent l'ivresse la moins chère et laissent le vin pour l'eau-de-vie. Nous avons vu des familles entières se rendre ainsi à la ville avec l'intention arrêtée d'une orgie ». Souvestre ajoute que ces parties sont projetées d'avance comme un dîner sur l'herbe (1).

Un demi-siècle après, en 1885, nous retrouvons la même antienne dans le livre de M. Baudrillart (2) : « Un vice trop connu jette son ombre sur ce tableau : c'est le vice breton, l'intempérance. Mieux vaut vin de vigne que vin de mûre, disait le refrain d'un vieux chant qu'entonnaient leurs ancêtres barbares pillant les vignes... Les anciens mystères bretons mettent plus d'une fois l'ivrogne en scène. Dans un des plus populaires, intitulé *Saint-Guillaume*, on voit le paysan Lavigne se livrer à toutes les singularités ridicules d'humeur et d'attitude que l'ivrognerie engendre. Les campagnards accouraient à cette représentation. Seules,

(1) E. Souvestre. *Le Finistère en 1836*. Brest, Come, 1838.
(2) *Loc. cit.*

©BIUM

sans doute, les femmes ne riaient pas en voyant Lavigne, rentré chez lui, tout triste parce que son recteur lui avait donné pour pénitence de rester trois jours sans boire, menacer de *se faire hérétique*, et demander à sa femme d'un air hypocrite, *pour jeter quelqu'aumône dans le chapeau de quelque pauvre*, un peu d'argent qu'il se hâtait d'aller boire. »

Aujourd'hui encore, rien n'est changé, et ce n'est pas un médiocre étonnement pour les nouveaux venus de voir, non seulement la quantité d'individus ivres qui déambulent par les rues et par les routes, mais encore l'indifférence profonde et l'absence de dégoût de ceux qui les coudoient et qui les croisent ; c'est la force de l'habitude, car le Breton ne boirait-il que les jours de fête, cela suffirait pour entretenir chez lui cette funeste passion. Non seulement, en effet, les Bretons abusent des foires, mais, comme dit Baudrillart, « ce ne sont pas, au surplus, les seuls jours consacrés aux réunions. Additionnez-les, en y comprenant les fêtes patronales et tous les *pardons*, près d'un tiers de l'année échappe à la loi du travail ». Nous ne savons pas si, en ajoutant aux foires et aux pardons, les fêtes de famille, et l'on sait la largeur de la famille en Basse-Bretagne, baptêmes, noces, qui dans nombre d'endroits durent trois jours, on n'arriverait pas à une proportion de jours de chômage très supérieure à celle indiquée par M. Baudrillart.

En 1907, dans sa remarquable thèse pour le doctorat ès lettres (1), M. Camille Vallaux, professeur de géographie au *Borda*, revenait sur ce point, que ne peuvent passer sous silence tous ceux qui étudient la Bretagne. Il y faisait remarquer qu'en ce qui concerne les procès

(1) Camille Vallaux. *La Basse-Bretagne, étude de géographie humaine.* Paris, Cornély, 1907.

©BIUM

d'ivresse (ivresse correctionnelle, c'est-à-dire en récidive), « le Finistère a le triste honneur de venir en tête de tous les départements français avec 866 causes (1902), alors que la Seine-Inférieure, qui vient tout de suite après lui, n'en a que 211, et que le total de la France entière n'est que de 2.562 ». Mais encore combien de récidivistes de l'alcool ne connaissent pas et ne connaîtront jamais même le tribunal de simple police dans un pays où la plus élémentaire justice exigerait souvent que d'abord on arrêtât le maire lui-même.

Mais, quoi qu'il en soit, ce renseignement, malgré sa relativité, conserve toute sa valeur. Maintenant, il n'est pas indifférent de rechercher à quelles boissons alcooliques s'adressent de préférence les populations dont nous nous occupons ici. Dans les recherches cliniques et physiologiques publiées jusqu'à ce jour, la distinction n'a pas été suffisamment établie et précisée entre les effets déterminés par les boissons fermentées et ceux occasionnés par les boissons distillées. Seules les essences et les produits aromatiques ont attiré à une certaine époque l'attention de quelques chercheurs, au nombre desquels brillent surtout les noms de Lancereaux, de Joffroy, de Servaux, d'Antheaume. Il existe entre les manifestations générales de l'éthylisme et celles de l'alcoolisme proprement dit des différences qui sont loin d'être négligeables; nous ne pouvons ici signaler que les principales : l'intoxication par les boissons fermentées est ordinairement plus lente à s'établir, non seulement en raison de la faible teneur de ces boissons en alcool, mais encore, et peut-être surtout, en raison de sa dilution; il s'ensuit que cette intoxication ne manifeste ses effets qu'à un âge relativement avancé et plus particulièrement à une époque où la descendance, déjà procréée, ne peut en avoir subi tous les effets; il en résulte que ce genre d'intoxication est

©BIUM

moins dangereux pour la race que pour l'invividu; enfin, cette intoxication par les boissons fermentées se traduit surtout par des manifestations viscérales et plus particulièrement de nature interstitielle, et lorsqu'elle frappe le cerveau, elle est moins apte à provoquer des complexus délirants et partant des réactions violentes, qu'à déterminer une déchéance progressive rarement précédée ou accompagnée de phénomènes épisodiques d'excitation. Bien au contraire les boissons distillées produisent une intoxication rapide, brutale, sidérante, précoce ; elle se manifeste chez le buveur alors qu'il est encore en pleine jeunesse, avant même, ou au moment où il vient de fonder une famille, et sa descendance en subit immédiatement et douloureusement le contre-coup ; de plus, l'alcool frappe surtout le cerveau, il a une prédilection marquée pour l'élément noble et cela explique la rapidité et la violence des troubles délirants, des phénomènes d'excitation et des réactions dangereuses qu'il provoque. Plus donc que l'abus des boissons fermentées, l'abus des boissons distillées est dangereux pour la descendance, pour la sécurité des personnes ; c'est donc avec raison qu'on a dit : « L'alcool est un poison social. »

Or, les chiffres que nous rapportons ci-dessous montrent que, dans le département du Finistère, l'intoxication prédominante est l'intoxication par l'alcool, dont la consommation va toujours en s'accroissant :

Consommation en vin, cidre et alcool (à 100°) et nombre des débits dans le Finistère, depuis 1824.

Années.	Population.	Vin.	Cidre.	Alcool à 100°.	Nombre de débits.
—	—	—	—	—	—
		hectol.	hectol.	hectol.	
1824 . . .	482.069	87.276	55.382	7.956	2.294
1825 . . .	»	87.841	67.059	8.478	2.221
1826 . . .	487.647	91.911	42.169	9.366	2.706
1827 . . .	»	85.048	73.963	9.521	2.564

©BIUM

Années.	Population.	Vin.	Cidre.	Alcool à 100°.	Nombre de débits.
		hectol.	hectol.	hectol.	
1828 . . .	»	100.178	40.853	10.380	2.794
1829 . . .	491.804	93.632	71.803	11.143	3.098
1830 . . .	»	94.547	74.580	12.355	3.145
1831 . . .	»	73.258	60.818	12.301	3.175
1832 . . .	»	83.066	43.413	12.156	3.380
1833 . . .	»	»	»	»	»
1834 . . .	524.396	86.773	71.284	12.338	3.739
1835 . . .	»	75.106	113.300	11.946	3.897
1836 . . .	»	75.955	101.215	12.949	4.006
1837 . . .	546.955	74.786	96.940	13.559	4.012
1838 . . .	»	83.018	36.901	14.782	4.015
1839 . . .	»	79.465	47.583	14.567	4.008
1840 . . .	»	83.739	40.672	14.946	4.175
1841 . . .	»	77.525	108.253	14.808	4.336
1842 . . .	»	91.021	53.295	16.524	4.395
1843 . . .	576.068	88.231	71.137	16.897	4.573
1844 . . .	»	89.246	59.911	17.611	4.684
1845 . . .	»	80.766	96.908	16.863	4.808
1846 . . .	»	79.295	109.492	15.624	4.823
1847 . . .	610.725	78.102	66.270	16.350	4.759
1848 . . .	»	70.729	69.768	14.541	4.713
1849 . . .	»	84.298	74.114	17.130	4.888
1850 . . .	612.151	81.062	119.124	17.348	4.966
1851 . . .	»	»	»	»	»
1852 . . .	617.710	78.218	125.811	16.985	4.666
1853 . . .	»	73.286	79.526	16.158	4.350
1854 . . .	»	56.209	100.101	14.082	4.149
1855 . . .	»	42.018	68.648	16.654	4.045
1856 . . .	»	44.321	59.117	19.251	4.059
1857 . . .	607.033[1]	44.299	30.648	21.180	4.052
1858 . . .	»	50.052	57.116	22.851	4.037
1859 . . .	»	63.208	110.526	23.159	3.980
1860 . . .	»	58.066	84.183	21.879	4.040
1861 . . .	»	59.540	143.552	22.290	4.092
1862 . . .	627.304	65.020	117.667	23.452	4.154
1863 . . .	»	71.959	113.205	24.213	4.260
1864 . . .	»	80.556	113.139	25.074	4.405
1865 . . .	»	93.620	117.959	25.614	4.729
1866 . . .	»	116.891	80.709	29.593	5.431
1867 . . .	662.485	101.454	128.422	27.929	5.952
1868 . . .	»	97.144	148.458	29.268	6.249
1869 . . .	»	101.104	127.816	31.013	6.495
1870 . . .	»	111.053	60.659	31.541	6.617
1871 . . .	»	115.196	122.533	24.855	6.627
1872 . . .	»	128.094	70.263	27.637	6.475
1873 . . .	642.963[2]	115.723	75.917	29.635	6.304
1874 . . .	»	90.004	154.217	28.024	6 059
1875 . . .	»	109.229	110.931	30.400	5.039
1876 . . .	»	115.834	143.521	30.458	4.907
1877 . . .	»	117.324	86.826	32.567	4.902
1878 . . .	666.106	113.018	128.817	32.839	5.266

(1) Abaissement de la population dû à la guerre de Crimée.
(2) Guerre de 1870-1871.

©BIUM

Années.	Population.	Vin.	Cidre.	Alcool à 100°.	Nombre de débits.
		hectol.	hectol.	hectol.	
1879 . . .	»	119.140	103.104	34.465	5.294
1880 . . .	»	115.859	58.901	35.314	5.611
1881 . . .	»	117.201	78.206	36.872	5.715
1882 . . .	681.564	113.178	156.075	36.275	5.712
1883 . . .	»	122.109	102.956	38.780	5.826
1884 . . .	»	121.147	199.489	38.285	6.022
1885 . . .	»	122.030	150.281	38.948	6.117
1886 . . .	»	123.746	179.651	38.431	6.258
1887 . . .	707.820	127.266	130.780	38.017	6.304
1888 . . .	»	121.361	156.434	37.582	6.410
1889 . . .	»	122.494	94.432	39.100	6.508
1890 . . .	»	123.513	73.420	40.765	6.579
1891 . . .	»	120.524	107.982	40.866	6.630
1892 . . .	727.012	122.574	125.696	43.069	6.738
1893 . . .	»	115.022	213.862	41.736	6.812
1894 . . .	»	120.571	198.794	42.987	7.277
1895 . . .	»	124.017	178.224	43.595	7.754
1896 . . .	739.648	122.738	208.366	44.494	7.842
1897 . . .	»	189.822	180.268	46.366	8.526
1898 . . .	»	181.273	119.225	51.018	8.899
1899 . . .	»	181.424	133.721	50.703	9.013
1900 . . .	»	178.057	213.574	50.262	9.230
1901 . . .	773.014	192.667	206.058	42.192	9.185
1902 . . .	»	213.724	188.046	42.624	9.280
1903 . . .	»	223.955	107.477	44.199	9.236
1904 . . .	»	198.510	168.888	46.872	9.302
1905 . . .	»	205.411	291.023	42.564	9.433
1906 . . .	»	246.951	220.471	44.065	9.682
1907 . . .	795.703	»	»	»	»

De cette longue énumération de chiffres résulte tout d'abord l'existence d'une sorte de balance entre la consommation du vin et celle du cidre, la consommation du premier augmentant généralement au cours des années où la production du dernier a été inférieure à la moyenne ; ensuite, que le dégrèvement des boissons dites hygiéniques n'a pas déterminé d'une façon bien évidente une augmentation dans leur consommation. D'un autre côté, on peut remarquer aussi que depuis quatre-vingts ans et malgré l'augmentation du bien-être et l'élévation générale des salaires, l'accroissement dans la consommation des boissons fermentées n'a pas été aussi marqué que dans le reste de la France : elle est passée de 19 litres de vin et 11 litres de cidre par habitant en 1824 à 31 litres de vin et 27 litres de cidre

©BIUM

en1906 (1) ; la consommation de vin n'a donc même pas doublé. On ne boit pour ainsi pas de vin dans les campagnes bretonnes ; on le considère encore comme un objet de luxe, bien que comme boisson de table il soit, dans le Finistère, relativement moins cher que le cidre, dont l'inconvénient est de ne pas supporter l'eau. En considérant, par conséquent, le vin comme une sorte de boisson de complément, nous voyons qu'au total la consommation n'a pas même doublé (30 à 58).

Il est loin d'en être de même pour l'alcool dont la consommation a presque quadruplé. En prenant pour base les années où le recensement de la population a été effectué, la répartition par tête des quantités consommées donne les résultats suivants :

	litres.		litres.
1824.	1,6	1862.	3,7
1826.	1,9	1867.	4,2
1829.	2,2	1873.	4,6
1834.	2,3	1878.	4,9
1837.	2,4	1882.	5,3
1843.	2,9	1887.	5,3
1847.	2,6	1892.	5,9
1850.	2,8	1896.	6
1852.	2,7	1901.	5,4
1857.	3,4	1906.	5,5

Ici, deux remarques s'imposent : en premier lieu les bons effets de l'augmentation des droits sur l'alcool, bons effets qui sont d'ailleurs en train de s'atténuer ; en deuxième lieu, l'inutilité qu'il y aurait à comparer, en bloc, deux régions entre elles. En effet, la quantité de 5 l. 5 paraîtra à certains esprits fort peu élevée à côté de celle, par exemple, notée en 1899 pour Le Havre (16 l. 37), Rouen (15 l. 1), Boulogne-sur-Mer (12 l. 7),

(1) Nous prévenons, une fois pour toutes, que dans tous nos calculs concernant l'année 1906 nous avons pris, comme base de la population, les chiffres du recensement de 1907 et cela pour des raisons que chacun comprendra.

©BIUM

Cherbourg (12 l. 7), Caen (11 l. 8), etc. Mais il faut remarquer tout d'abord que les quantités d'alcool consommé relevées par la Régie sont loin de représenter la consommation réelle ; il faudrait pouvoir ajouter l'alcool d'exportation rentrant en contrebande ou ne sortant même pas des eaux territoriales, l'alcool recueilli par les guetteurs d'épaves, enfin les alcools provenant de la distillation de marcs de cidre et dont une partie échappe au contrôle de l'administration ; il faut remarquer ensuite que le Finistère est le département de France dans lequel la natalité est la plus considérable, et que si l'on voulait comparer, au point de vue de la consommation, cette région de la Bretagne à une autre région française comme certains départements du Nord ou de la Normandie, il faudrait tenir compte de ce fait que la famille bretonne moyenne comporte au moins quatre enfants, alors que la famille normande en comporte en moyenne un. La consommation réelle des jeunes gens et des adultes est donc beaucoup plus considérable que celle qui nous est livrée par les chiffres. Nous ne nous éloignerions pas beaucoup de la vérité en l'évaluant à près de 15 litres, ce qui est formidable dans un pays essentiellement agricole. Quelles peuvent être les raisons de cette passion pour l'alcool, ancienne comme nous l'avons vu? Les explications n'ont pas manqué. Celle qui, le plus fréquemment, a été mise en avant et qui nous paraît assez vraisemblable (elle a été invoquée particulièrement par Emile Souvestre et par M. Baudrillart) est l'alimentation insuffisante. Cette alimentation se compose de seigle, en petite quantité, d'orge, de sarrazin, de haricots, de fèves et surtout de pommes de terre ; avec cela, souvent du pain noir, toujours un pain grossier, mal cuit, à peine levé, des galettes pesantes, des pâtes et des bouillies épaisses. Quant à la viande, bœuf, porc frais et surtout porc salé,

©BIUM

elle n'entre dans cette alimentation que rarement et en faible proportion.

En somme, le Bas-Breton consomme surtout des hydrocarbonés et pour ainsi dire pas d'albuminoïdes ; ce sont, au surplus, des farineux non sélectionnés et dans lesquels entre une proportion considérable de cellulose : il en résulte une alimentation quantitativement formidable, mais qualitativement insignifiante et insuffisante. Ajoutons que tout cela est grossièrement préparé, comme si le seul but à atteindre était de calmer la faim, sans raffinement et sans tendance aucune vers le mieux-être. Cette alimentation est restée exactement la même qu'il y a cent ans et plus ; au point de vue psychologique, comme au point de vue économique, la Basse-Bretagne est exactement, comme l'a dit M. Vallaux, « le pays des survivances ».

Il n'est donc pas impossible que cette absence de tout raffinement ait contribué à faire « que le palais du Bas-Breton est engourdi, insensible aux nuances » (1). Les sensations gustatives sont, chez lui, bornées, non affinées, non éduquées ; elles ne traduisent que des excitations très fortes et cela explique le goût du Bas-Breton pour les alcools frelatés qui sont de plus haut goût, goût qui le porte à mêler le poivre à l'eau-de-vie. Il est curieux que la loi sur les fraudes alimentaires ait pu l'ancrer dans cette idée : pénétrant il y a quelques mois dans un débit de la région de Pont-L'Abbé-Lambour, je remarquai que, conformément aux dispositions nouvelles, les tonnelets contenant les alcools de basse qualité portaient l'inscription réglementaire : « eau-de-vie de fantaisie » (2) ; tous les paysans entrant là deman-

(1) Emile Souvestre. *Loc. cit.*

(1) La coloration est ordinairement obtenue par le caramel ; quant au bouquet, il est obtenu par les mélanges suivants : éther œnanthique, infusions diverses de vanille, de chêne-vert, de

©BIUM

daient précisément celle-ci, et comme j'en interrogeai un, il me répondit qu'apparemment elle était meilleure puisqu'elle était une « fantaisie », et qu'au surplus il la préférait de beaucoup parce qu'elle « râclait plus ».

Ces alcools de qualité inférieure introduits dans un organe digestif fatigué par une digestion pénible et se concluant par une assimilation extrêmement faible ne peuvent déterminer que de funestes effets. Il semble que le Bas-Breton, par suite d'une aberration ancienne, cherche à suppléer par l'ingestion d'alcool qui « râcle » et qui calme vite aux effets de ses erreurs alimentaires. Les remarques suivantes tendraient à le faire croire.

L'alcoolisme se rencontre le plus généralement dans les grands centres, dans les grosses agglomérations. Or, dans un département aussi peuplé que le Finistère, il n'y a qu'une seule grande ville : Brest. En thèse générale, la commune finistérienne est extrêmement étendue et tous les habitants en sont uniformément répandus sur la superficie : de telle sorte que le bourg « chef-lieu » ne renferme qu'une proportion infime de feux. Seuls les anciens marchés locaux et les anciens bourgs maritimes font exception à cette règle ; il arrive alors que, par suite d'un phénomène extrêmement curieux, sur une superficie extrêmement restreinte, une agglomération relativement considérable se tasse, se resserre et arrive même à déborder sur les communes voisines : de telles communes n'ont pas de domaine rural. Mais ce sont là des exceptions ; il semblerait donc, *a priori*, que cette rareté des centres de groupement pût constituer une entrave au développement de l'alcoolisme, car

---

brou de noix, de coques d'amandes amères, de poivre même. L'eau vulnéraire, qui est très demandée, comporte, pour 150 litres de 3/6 à 96 degrés : 150 grammes d'essence d'anis, 40 grammes d'essence d'absinthe, fenouil, sauge et lavande, q. s. (Formules employées chez un marchand en gros du Finistère).

©BIUM

le groupement est ordinairement la condition *sine qua non* du débit, et le Breton ne s'alcoolise que rarement chez lui. Mais lorsqu'on parcourt le Finistère on reste étonné du nombre considérable de débits qui s'échelonnent le long des routes ; toute maison isolée en contient un ; le paysan bas-breton n'a donc pas besoin de s'alcooliser chez lui, puisqu'il trouve toujours un débit près de sa demeure. L'absence de société dans un établissement perdu en rase campagne ne le retient même pas, car pour boire il n'a pas l'excuse de l'entraînement ; s'il le faut et il le faut souvent, il boit seul, vite, sans s'arrêter ; sa beuverie est silencieuse, comme son ivresse, sans excitation de la parole ou de l'esprit. Seul il est venu, seul il repartira, vague, titubant, tête baissée, moins par abrutissement que par habitude, et, silencieux, il rentrera chez lui ou bien il s'écroulera sur le chemin et chacun passera près de lui sans réflexion, sans répulsion, et ne se détournera, s'il encombre la route, que comme on se détourne pour éviter un objet gênant.

Voilà pourquoi, malgré le caractère rural qu'il a gardé et sur lequel il importe d'insister, le Finistère a vu le nombre de ses débits quadruplés en quatre-vingts ans, alors que la population n'a même pas doublé : il y avait en 1824 un débit pour 210 habitants ; il y en a aujourd'hui, en 1906, un pour 81 habitants. Cette proportion ne fait que s'accroître de jour en jour. A part un léger fléchissement, en 1901, dû à l'accroissement des droits sur l'alcool, c'est, d'après le tableau dressé plus haut, une progression constante depuis 1878. Nous ne pouvons cependant nous empêcher de signaler deux fléchissements de cette courbe et qui ont une importance significative : le premier, qui va de 1852 à 1860, traduit la restriction du droit de réunion au cours de la période autoritaire du Second Empire ; le

©BIUM

deuxième, qui embrasse la période comprise entre 1873 et 1877, marque les effets de la loi du 23 janvier 1873 et l'effort tenté à cette époque par le Conseil général et l'administration préfectorale pour lutter contre le fléau. L'impulsion énergique donnée à cette époque par M. Armand Pihoret, préfet du Finistère, est à signaler. « Fort de l'appui que vous avez bien voulu me prêter, disait cet administrateur au Conseil général, je continue à appliquer dans toute leur rigueur les règlements sur la police des cabarets et à écarter les demandes qui ont pour objet la création de débits nouveaux. Depuis votre session du mois d'octobre dernier 66 cabarets signalés comme dangereux au point de vue de la morale publique ont été fermés par mesure administrative (1). »

Malheureusement, cette restriction du nombre des débits n'a pas eu, au cours des deux périodes citées, une influence bien marquée sur la consommation générale. C'est parce que, croyons-nous, l'effort de l'administration n'a pu se porter que sur les débits des agglomérations importantes ; il est peu vraisemblable que la politique soupçonneuse de l'Empire et que la guerre faite par le préfet Pihoret aux cabarets dangereux pour la morale publique aient jamais visé les calmes cabarets de campagne, et, dans les villes, il en restait toujours assez pour que chacun pût, sans gêne, se satisfaire.

Le cabaret de campagne paraît donc représenter, par sa fréquence, un besoin, et cette alcoolisation intense de la population rurale, une sorte de nécessité alimentaire d'appoint.

Les effets généraux habituels de l'intoxication alcoo-

(1) Conseil général du Finistère. Session d'août 1875. *Police des cabarets*, p. 202.

©BIUM

lique ne manquent pas de se produire : ils se traduisent dès l'abord par une élévation notable de la criminalité et surtout de la criminalité au cours de l'ivresse. Quoique toujours méfiant, le Bas-Breton, à jeun, est ordinairement doux ; les rixes sont fort rares en Basse-Bretagne et il est évident que le Bas-Breton a besoin d'un excitant pour devenir délinquant ou criminel : la plupart des crimes sont commis pendant l'ivresse, et les principales victimes en sont ordinairement fournies par l'entourage immédiat ; ces crimes, comme on va le voir dans le tableau ci-dessous, revêtent plus particulièrement la forme de meurtre, de viol et d'attentat à la pudeur.

Comme complément, nous donnons ci-dessous pour la période comprise entre 1879 et 1885, le nombre des cas d'ivresse poursuivie en simple police ; à partir de 1885, en effet, et pour des raisons que nous ignorons, on a malheureusement cessé de donner dans le *Grand Compte* le détail de ces affaires, qui n'y sont plus consignées que par ressort de cour d'appel :

Années.	Nombre de cas.	Années.	Nombre de cas.
1879.	3.567	1883.	3.868
1880.	3.196	1884.	3.662
1881.	3.330	1885.	3.693
1882.	3.884		

Nous devons, naturellement, faire toutes nos réserves sur les chiffres concernant les cas d'ivresse de simple police et les cas d'ivresse correctionnelle (ivresse en récidive) ; ces chiffres sont très au-dessous de la vérité : il faut être bien déshérité, bien abandonné, bien peu électeur, pour ne pas pouvoir échapper aux poursuites. Presque tous les cas dénombrés ci-dessus, la lecture du *Grand Compte* nous l'a montré, proviennent des tribunaux de Brest ; à la campagne, où l'ivresse est aussi fréquente que dans les grandes villes, on ne dresse pour ainsi dire jamais de contraventions, la loi sur l'ivresse

©BIUM

ANNÉES	POPULATION	CRIMES contre les personnes.				CRIMES contre les propriétés.		DÉLINQUANTS	SUICIDES	MORTS par abus de boissons.
		Total des accusés.	Accusés de meurtre.	Accusés d'assassinat.	Accusés de viol et attentat à la pudeur.	Total des accusés.	Accusés d'incendie.			
1825	482.069	19	»	»	6	56	4	544	»	»
1826	487.647	19	4	3	7	66	»	621	»	»
1827	»	18	4	4	3	77	»	631	16	»
1828	»	16	3	1	6	83	1	510	20	»
1829	491.804	15	4	3	3	80	»	474	21	»
1830	»	14	1	1	4	79	1	415	23	»
1831	»	19	5	6	1	61	»	498	25	»
1832	»	23	7	»	4	64	1	675	23	»
1833	»	32	3	»	10	67	2	701	32	»
1834	524.396	24	1	2	8	76	1	930	29	»
1835	»	47	9	7	6	90	4	990	29	22
1836	»	31	3	2	8	178	1	1.148	23	15
1837	546.955	27	1	1	12	100	3	1.029	39	13
1838	»	28	1	»	13	118	1	1.031	49	31
1839	»	21	2	2	9	81	2	1.001	31	12
1840	»	41	2	2	15	104	1	1.129	40	14
1841	»	27	2	1	9	100	1	1.027	33	15
1842	»	27	3	»	13	86	1	1.101	40	13
1843	576.068	38	4	3	12	84	2	1.143	35	38
1844	»	31	8	4	12	102	1	1.247	46	8
1845	»	19	»	1	10	102	3	1.696	43	29
1846	»	24	3	1	5	101	1	1.675	37	18
1847	610.725	48	1	11	16	192	5	2.385	41	5
1848	»	26	»	3	6	109	2	2.286	45	17
1849	»	33	3	2	12	117	2	2.344	41	23
1850	612.151	60	1	4	24	76	1	2.662	35	28
1851	»	54	4	»	23	64	4	2.422	42	29
1852	617.710	25	»	2	9	121	3	2.394	56	19
1853	»	28	1	4	10	138	7	3.359	49	29
1854	»	32	»	6	11	187	7	3.314	35	12
1855	»	34	2	4	14	110	6	3.011	40	16
1856	»	23	»	3	9	60	6	2.430	48	11
1857	607.033	30	2	4	15	59	4	2.634	54	16
1858	»	33	3	»	7	60	10	2.482	57	16
1859	»	27	8	2	7	51	3	2.234	38	12
1860	»	23	2	3	13	66	6	1.971	47	21
1861	»	36	2	6	14	36	1	2.307	57	9
1862	627.304	30	2	2	10	59	4	2.024	58	16
1863	»	30	3	1	17	34	2	1.899	55	10
1864	»	30	1	»	19	24	»	2.053	65	14
1865	»	23	1	1	13	30	1	1.861	64	21
1866	»	26	2	3	14	30	»	2.002	58	26
1867	662.485	31	3	3	17	39	1	2.027	72	35
1868	»	19	1	6	5	49	5	2.419	94	23
1869	»	36	6	6	14	56	4	2.157	65	35
1870	»	33	2	4	18	29	3	2.285	58	30
1871	»	32	2	»	14	31	6	1.886	69	19

©BIUM

ANNÉES	POPULATION	CRIMES contre les personnes.				CRIMES contre les propriétés.		DÉLINQUANTS	SUICIDES	MORTS par abus de boissons.
		Total des accusés.	Accusés de meurtre.	Accusés d'assassinat.	Accusés de viol et attentat à la pudeur.	Total des accusés.	Accusés d'incendie.			
1872	662.485	24	»	3	10	53	4	2.159	56	27
1873	642.963	43	3	3	20	53	1	2.535 [104][1]	75	28
1874	»	25	1	2	16	44	5	3.115 [497]	72	28
1875	»	34	2	4	20	35	4	3.000 [638]	77	36
1876	»	61	3	3	27	44	3	3.146 [598]	68	19
1877	»	29	2	1	21	44	»	2.759 [478]	62	36
1878	666.106	25	»	6	14	32	4	2.767 [453]	72	32
1879	»	31	5	1	16	49	1	2.738 [457]	65	44
1880	»	28	2	5	14	35	3	2.985 [395]	72	32
1881	»	27	4	6	14	20	»	2.965 [393]	74	29
1882	681.564	38	»	2	23	25	»	2.781 [484]	71	37
1883	»	38	3	3	19	50	1	2.932 [600]	67	33
1884	»	24	»	1	18	25	1	2.172 [635]	71	43
1885	»	33	4	»	15	28	2	2.935 [628]	90	20
1886	»	17	»	2	10	48	4	3.091 [696]	74	21
1887	707.820	35	3	4	16	57	5	3.353 [717]	96	29
1888	»	33	1	4	18	39	1	3.576 [821]	90	25
1889	»	32	»	2	16	61	4	3.616 [777]	103	21
1890	»	27	3	»	17	44	3	3.674 [752]	117	41
1891	»	36	1	5	16	70	5	3.404 [732]	91	35
1892	727.012	39	5	6	15	56	5	3.391 [684]	100	22
1893	»	43	3	6	20	53	4	3.406 [588]	88	20
1894	»	38	5	4	18	50	2	3.267 [721]	86	26
1895	»	34	3	5	18	45	2	3.200 [849]	73	32
1896	739.648	26	3	1	15	17	2	3.404 [904]	94	35
1897	»	16	»	1	8	31	3	3.763 [1022]	98	17
1898	»	23	2	2	6	6	»	4.013 [1293]	100	26
1899	»	20	2	3	12	19	3	3.421 [1089]	107	29
1900	»	24	4	»	10	15	3	3.154 [1020]	101	22
1901	773.014	26	1	»	18	44	1	3.588 [829]	94	13
1902	»	21	»	2	11	23	1	3.123 [866]	103	11
1903	»	27	6	»	13	41	»	3.650 [768]	89	27
1904	»	37	1	1	17	23	1	3.079 [743]	89	26
1905	»	18	3	»	7	59	4	2.892[2]	111	25
1906	795.103	32	4	1	19	25	9	2.878	105	20

1. Les chiffres placés entre crochets indiquent le nombre des cas d'ivresse correctionnelle.
2. A partir de 1905, le *Grand Compte* ne spécifie plus le nombre de cas d'ivresse correctionnelle.

publique y est lettre morte. C'est peut-être pour cela que l'administration de la justice a renoncé à donner le

©BIUM

nombre de cas de poursuite pour ivresse en simple police par arrondissement judiciaire, car le chiffre finissait par baisser dans des proportions invraisemblables; il en est de même pour l'ivresse correctionnelle, qui disparaît à partir de 1904; elle était en régression depuis 1898. Puisque le Garde des sceaux lui-même insiste tous les ans, dans les commentaires de son rapport, sur les fâcheux effets de l'alcoolisme croissant, il devient prudent pour lui de ne plus publier des chiffres qui viennent à l'encontre de sa thèse et qui prouvent que de plus en plus certains délits échappent à l'action des lois.

Ceci dit, nous devons faire observer encore que le fléchissement qui se remarque, à partir de certaines années, dans le tableau ci-dessus, est dû à la disparition de certains crimes et de certains délits, particulièrement ceux touchant à la personne du Chef du gouvernement ou à la religion, à la correctionnalisation de certaines affaires qui jusqu'à une certaine époque étaient passibles de la cour d'assises, enfin à ce que quelques affaires correctionnelles sont devenues passibles des tribunaux de simple police.

En établissant la moyenne des affaires judiciaires de dix ans en dix ans on voit se manifester une progression constante et l'on peut se rendre compte de l'augmentation des viols et attentats à la pudeur, des délits, des suicides et des morts accidentelles causées par l'abus des boissons.

L'augmentation est surtout marquée quand on compare les dernières périodes décennales avec la période comprise entre 1827 et 1836. Le fléchissement des affaires criminelles au cours de la période 1897-1906 est indéniable; mais l'on sait combien la justice est devenue plus paternelle, quelquefois plus timorée et combien sont fréquents les cas qui, quoique étant indubitablement du ressort de la cour d'assises, et nous

©BIUM

PÉRIODES d'années.	POPULATION moyenne.	CRIMES contre les personnes.				CRIMES contre les propriétés.		MOYENNE de délinquants.	MOYENNE de suicides.	MOYENNE DE MORTS par abus de boissons.
		Moyenne d'accusés.	Accusés de meurtre.	Accusés d'assassinat.	Accusés de viol et d'attentat à la pudeur.	Moyenne d'accusés.	Accusés d'incendie.			
De 1827 à 1836	444.636	23,9	4	2,6	5,3	85,5	1,1	697,2	24	3,7
De 1837 à 1846	552.433	28,3	2,6	1,5	11	97,8	1,6	1.207,9	39,3	19,1
De 1847 à 1856	610.338	34,3	1,2	3,9	13,4	117,4	4,3	2.660,7	45,2	18,9
De 1857 à 1866	616.209	28,8	2,6	2,2	12,9	45,9	3,1	2.146,7	55,3	16,1
De 1867 à 1876	653.110	33,8	2,3	3,4	16,1	43,3	3,6	2.472,9	70,6	28
De 1877 à 1886	683.660	29	2	2,7	16,4	35,6	1,4	2.812,5	71,8	32,7
De 1887 à 1896	712.871	34,3	2,7	3,7	16,9	49,2	3,3	3.429,3	93,8	28,6
De 1897 à 1906	756.331	24,4	2,3	1	12,1	28,6	2,5	3.456,1	99,7	21,6

pourrions en citer un exemple fameux, par mansuétude ou par politique (dans le sens de prudence) sont simplement déférés en police correctionnelle avec réduction du nombre des accusés. Dans tous les cas, on voit que la civilisation, avec les moyens de protection dont elle dispose, n'a pas fait qu'aujourd'hui l'homme soit moins qu'autrefois l'ennemi de l'homme, quand il n'est pas de lui-même son propre bourreau. A cet égard, il est deux rubriques qui ne peuvent tromper ; ce sont celles des morts accidentelles par abus de boissons qui ont septuplé, et celle des suicides qui ont plus que quadruplé et dont la progression, elle, est constante ; l'on sait les rapports étroits qui lient le suicide et l'alcoolisme.

Mais il est encore une autre chose qui ne trompe pas et qui va montrer jusqu'à l'évidence quelle est la pro-

©BIUM

fondeur du mal : c'est l'augmentation croissante du nombre des aliénés et particulièrement l'augmentation du nombre des cas d'aliénation mentale dans lesquels l'intoxication a joué un rôle primordial. Cette influence de l'alcool n'a pas toujours été appréciée à sa juste valeur ; ce n'est guère qu'à partir de la deuxième moitié du dernier siècle et plus particulièrement depuis 1870 que son importance étiologique a été reconnue.

A l'asile du Finistère, particulièrement, le diagnostic de folie alcoolique et la valeur de l'appoint alcoolique n'ont fait leur apparition dans les rapports médicaux qu'à dater de l'année 1873. Cependant, pour les années précédentes, nous avons pu, en feuilletant les registres depuis 1838 et en compulsant les dossiers individuels antérieurs à cette époque, relever d'une manière aussi exacte qu'il se peut le total des influences alcooliques. Elles sont notées, avec une perspicacité très grande, dès le début, et n'avaient pas échappé à l'observation des premiers médecins de l'asile. Dès son ouverture, l'asile se peuple surtout d'alcooliques, d'idiots, d'épileptiques et de quelques déments précoces. Pendant de longues années, on y rencontre fort peu d'individus atteints de formes délirantes avec systématisation ; ces malades-là sont sans doute pour la plupart en liberté, en prison ou au bagne. Il en résulte que dans les premiers temps le pourcentage des alcooliques est presque aussi considérable qu'il le sera trente ou quarante ans plus tard. Mais peu à peu les autres formes de folie apparaissent. Les premiers délirants systématisés et les premiers paralytiques généraux proviennent du bagne de Brest. Ces malades, pour la plupart, il est intéressant de le remarquer, ont été trop récemment condamnés pour qu'on ne soit pas en droit d'affirmer qu'ils étaient déjà malades au moment du crime et qu'ils ont été les victimes d'erreurs judiciaires. Quoi qu'il en soit, l'asile

©BIUM

se peuple peu à peu, par l'adjonction de malades atteints d'autres formes délirantes ; une sorte de dilution des alcooliques finit par se produire et la progression finit par s'établir avec des allures quasi normales.

La progression est plus saisissante encore quand on l'établit en faisant, par périodes décennales, la moyenne du pourcentage des entrées d'alcooliques :

Périodes d'années.	Moyenne du pourcentage des entrées d'alcooliques.
De 1827 à 1836	37,25 p. 100
De 1837 à 1846	37,43 —
De 1847 à 1856	32,73 —
De 1857 à 1866	29,49 —
De 1867 à 1876	31,21 —
De 1877 à 1886	30,56 —
De 1887 à 1896	35,72 —
De 1897 à 1906	48,58 —

Si l'on ajoutait à ces cas ceux dans lesquels l'alcoolisme des parents peut être mis en cause, et ils sont nombreux (épilepsie, idiotie, débilité mentale originaire, etc., etc.), la proportion deviendrait plus formidable encore.

Il n'est donc pas douteux que l'alcoolisme constitue, pour le département du Finistère, un gros danger social. Les ravages indéniables qu'il exerce, et dont les chiffres ci-dessus publiés ne peuvent encore donner qu'une faible idée, appellent un prompt remède. Non seulement l'alcoolisme représente un danger social en affaiblissant la race, en peuplant les prisons, les hôpitaux et les asiles, en désorganisant le foyer et si l'on n'y prend pas garde, la société entière elle-même, mais encore il représente un danger économique sur lequel on n'insistera jamais trop. Les pouvoirs publics hésitent à nous apporter les remèdes que toutes les organisations antialcooliques sollicitent depuis si longtemps d'eux, parce que, pensent-ils, il en résulterait un déficit considérable pour le budget.

©BIUM

Mouvement de la population à l'asile de Quimper.

ANNÉES	POPULATION au 31 décembre.	ENTRÉES	FOLIE alcoolique.	APPOINT alcoolique.	TOTAL des influences alcooliques.	PROPORTION pour 100 entrées.
1826	6	13	»	»	4	30,7
1827	9	7	»	»	2	28,5
1828	24	22	»	»	10	45,4
1829	31	20	»	»	7	35
1830	42	16	»	»	5	31,2
1831	43	10	»	»	4	40
1832	53	20	»	»	7	35
1833	52	17	»	»	5	29,4
1834	57	17	»	»	6	35,2
1835	66	22	»	»	11	50
1836	76	21	»	»	9	42,8
1837*	75	18	»	»	5	27,7
1838	87	33	»	»	14	42,4 (Au 31 décembre, 32 alcooliques).
1839	98	39	»	»	21	53,8
1840	104	34	»	»	15	44
1841	117	27	»	»	10	37
1842	136	55	»	»	19	34,5
1843	147	48	»	»	21	43,7
1844	156	50	»	»	20	40
1845	165	38	»	»	15	39,7
1846	166	41	»	»	13	31,7
1847	149	58	»	»	20	34,4
1848	153	38	»	»	16	42,1
1849	169	50	»	»	13	26
1850	182	50	»	»	12	24
1851	204	68	»	»	25	36,7
1852	230	62	»	»	23	37
1853	232	58	»	»	24	41,3 (Au 31 décembre, 36 alcooliques).
1854	245	69	»	»	17	24,6 (Au 31 décembre, 43 alcooliques).
1855	253	76	»	»	22	28,9 (Au 31 décembre, 62 alcooliques).
1856	260	65	»	»	21	32,3 (Au 31 décembre, 67 alcooliques).
1857*	257	72	»	»	32	44,4 (Au 31 décembre, 69 alcooliques).

* L'astérisque indique un changement de direction médicale, l'appréciation des influences alcooliques variant quelque peu suivant les divers praticiens.

©BIUM

ANNÉES	POPULATION au 31 décembre.	ENTRÉES	FOLIE alcoolique.	APPOINT alcoolique.	TOTAL des influences alcooliques.	PROPORTION pour 100 entrées.
1858	271	58	»	»	19	32,7 (Au 31 décembre, 67 alcooliques).
1859	283	80	»	»	27	33,7 (Au 31 décembre, 69 alcooliques).
1860	291	61	»	»	18	29,5
1861	303	88	»	»	30	34
1862	343	85	»	»	22	25,8
1863	366	98	»	»	30	30,6
1864	366	97	»	»	21	21,6
1865	386	80	»	»	23	28,7
1866	396	79	»	»	11	13,9
1867	385	99	»	»	20	20,2
1868	357	65	»	»	12	18,4
1869	348	85	»	»	22	25,8
1870	370	76	»	»	19	25
1871	347	77	»	»	24	31,1
1872	340	88	»	»	33	37,5
1873	334	90	8	26	34	37,7 (Au 31 décembre, 63 alcooliques).
1874	384	85	6	34	40	47 (Au 31 décembre, 66 alcooliques).
1875	375	82	10	20	30	36,5
1876	386	91	18	12	30	32,9
1877	387	89	13	19	32	35,9
1878	401	110	13	24	37	33,6
1879	423	113	23	17	40	35,3
1880	427	90	10	16	26	28,8
1881	433	85	11	12	23	27
1882	446	86	5	22	27	31,3
1883*	491	93	14	11	25	26,8
1884	517	125	19	13	32	25,6
1885	539	134	25	13	38	28,3
1886	494	106	25	10	35	33
1887	496	126	21	19	40	31,7
1888	494	103	11	7	18	17,4
1889	495	113	31	21	52	46
1890	503	114	33	19	52	45,6
1891	509	96	19	11	30	31,2
1892	525	137	30	13	43	31,3
1893	502	131	25	19	44	33,5
1894	511	155	35	12	47	30,3
1895	540	128	29	19	48	37,5
1896	577	146	38	39	77	52,7
1897*	586	136	37	14	51	37,5
1898	601	117	26	29	55	47
1899	614	140	40	23	63	45
1900	628	142	51	39	90	63,3
1901	611	124	33	26	59	47,5
1902	629	123	45	20	65	52,8

©BIUM

ANNÉES	POPULATION au 31 décembre.	ENTRÉES	FOLIE alcoolique.	APPOINT alcoolique.	TOTAL des influences alcooliques.	PROPORTION pour 100 entrées.
1903	606	144	48	14	62	43,1
1904	600	150	46	23	69	46
1905	635	146	47	14	61	41,7
1906	644	149	60	31	91	61,9 [1] (Au 31 déc., 261 alcooliques).

(1) Les pourcentages sont établis en éliminant du chiffre des entrées les malades transférés en masse des asiles de la Seine. D'ailleurs, depuis 1896, l'asile de Quimper ne reçoit plus de malades étrangers au département.

Cela est immédiatement vrai ; mais si l'on réfléchit aux dépenses que la libre vente de l'alcool finit pas occasionner en frais de justice, en frais de répression, en frais d'assistance aux malades, aux aliénés, aux vieillards, infirmes et incurables, aux anormaux, on comprendra que c'est là un fort mauvais calcul ; si le commerce de l'alcol enrichit, il enrichit moins l'État, c'est-à-dire la collectivité, que quelques industriels qui édifient d'immenses fortunes en flattant et en encourageant les vices de la masse. En réalité, l'alcool ouvre un gouffre que l'impôt sur l'alcool n'arrive pas à combler. En nous représentant les bénéfices procurés par l'alcool comme sources d'une richesse indispensable, les pouvoirs publics entretiennent donc une épouvantable erreur, qui conduit notre pays à la ruine. Si certaines régions de la France semblent tenir du commerce des spiritueux une expansion économique profitable, il en est d'autres, et ce sont les plus nombreuses, que ce commerce appauvrit tous les jours. Le département du Finistère est une de ces régions-là ; il paye

©BIUM

tous les ans, sous forme de droits sur l'alcool, une somme de plus de 15.000.000 de francs; et si l'on ajoute à ce chiffre celui qui représente, en dehors des droits, la valeur marchande de cet alcool, on peut, sans crainte d'erreur, évaluer à 30.000.000 les sommes qui, annuellement, quittent ce département pour émigrer vers des régions meilleures. A quelles fins plus utiles ces sommes ne pourraient-elles pas être consacrées? Elles représentent, par capitation, l'impôt énorme de 37 francs; mais si l'on évaluait la perte du capital social causée par la lente intoxication à laquelle, d'un cœur léger, on expose la race (jours de maladie, diminution de l'aptitude professionnelle, accidents du travail, perte de temps, morts violentes et par accidents, frais d'assistance aux enfants tarés et abandonnés, mortalité infantile, etc.), on arriverait à un résultat qui laisserait loin derrière lui les prétendues nécessités d'une libre vente des alcools.

En résumé, le *Finistère*, et ce seront là nos conclusions, est un *îlot de suralcoolisation intense*; cette suralcoolisation se manifeste plus particulièrement par un *accroissement de la criminalité* et par une *augmentation progressive et inquiétante du nombre des aliénés*.

Nous ne chercherons pas, après tant d'autres, à indiquer les remèdes contre cet état de choses. L'initiative de la lutte contre ce fléau a été jusqu'ici l'œuvre d'organisations privées; si ces organisations ne semblent pas, aux yeux du grand public, avoir obtenu encore de résultats bien nets, elles ont cependant eu le mérite de faire cesser l'inertie de nos dirigeants. Il faut dire bien haut que la campagne antialcoolique, commencée depuis peu au Parlement, est l'œuvre presque exclusive des sociétés de tempérance. Mais la lenteur de la campagne,

©BIUM

malgré quelques énergies, montre que le rôle de ces sociétés n'est pas fini. Il ne pourra prendre fin que le jour où se rencontrera un Gouvernement qui, renonçant aux considérations budgétaires, dont nous disions plus haut le peu de valeur, se décidera à attaquer le mal dans sa racine.

Mais si, dès aujourd'hui, on le voulait sincèrement, peut-être pourrait-on, sans grandes lois nouvelles, atténuer, dans une large mesure, le fléau que nous dénonçons. Il suffirait pour cela, d'abord d'une application rigoureuse et juste de la loi de 1873, d'une surélévation des droits sur l'alcool de bouche, de manière à en faire des droits prohibitifs (l'exemple tout récent des briquets montre ce que peut faire un Gouvernement qui veut), de l'interdiction absolue de débiter des alcools de fantaisie ; il suffirait de soumettre les débits à l'inspection des pharmacies ; il suffirait enfin, comme nous l'avons proposé au Congrès antialcoolique de Rennes, en 1907, et, comme on vient de le proposer aussi au Sénat, de n'autoriser l'ouverture de nouveaux débits qu'après un avis conforme des Commissions sanitaires et des Conseils départementaux d'hygiène, après inscription des débits sur la liste des établissements insalubres. Il serait intéressant, en dernier lieu, de protéger plus efficacement les familles en prononçant plus souvent, à l'égard des buveurs d'habitude, l'interdiction et la déchéance paternelle.

©BIUM

L'INVALIDITÉ INTELLECTUELLE ET MORALE

DANS LES ÉCOLES DE MONTPELLIER [1]

Par le Prof. A. MAIRET et le Dr E. GAUJOUX
de Montpellier.

(SECONDE NOTE.)

DÉDUCTIONS MÉDICO-PÉDAGOGIQUES.

Les deux tableaux qui résument notre première note ne peuvent manquer de souligner la multiplicité des anomalies mentales que médecins et pédagogues sont appelés à rencontrer chez les écoliers.

Une omission semble pourtant devoir être relevée: dans aucun de nos tableaux il n'est fait mention de la *paresse*, ce défaut si classiquement répandu parmi la jeunesse scolaire. La seule raison en est dans le fait que, cherchant à pénétrer ses éléments, nous avons trouvé comme base étiologique de la paresse, tantôt de la débilité intellectuelle pure, tantôt de l'apathie ou de l'instabilité, ou bien encore un défaut d'appétence ou une diminution évolutive de la capacité d'acquisition intellectuelle. Il en résulte que, sous le nom de paresse, les maîtres comprennent des états très différents au point de vue pathogénique et par suite thérapeutique. Constater le fait, c'est reconnaître la nécessité d'une intime collaboration du médecin et du maître pour qui

(1) Communication à la *Première réunion pour l'étude de l'enfance anormale*, Lyon, 1911. — Voir la première note dans les *Annales* de juillet 1912.

©BIUM

cherche, comme pédagogue, à pallier efficacement à un défaut comme la paresse, puisque celle-ci peut relever de causes si différentes.

Le besoin de cette même collaboration s'affirme à chaque pas dans des conditions toutes semblables ; ainsi, pour ce qui concerne le *défaut de fixation de l'attention*, qui est dû : tantôt à de la mobilité intellectuelle pure, tantôt à de la mobilité intellectuelle et physique, tantôt à une fatigue intellectuelle facile. Ainsi encore pour ce qui vise au traitement de nombre d'autres anomalies, telles que celles relevant du caractère.

Ceci dit, nous classerons sous quatre chefs principaux les indications pratiques qui nous paraissent se détacher de notre étude analytique suivant qu'elles ont trait :

Au surpeuplement de nos écoles ;

Aux arrêts de développement de l'intelligence, du caractère et de la volonté ;

Aux déviations de l'intelligence et du caractère ;

Aux anomalies de l'ensemble de l'être psychique.

Ces indications, nous dirons comment les remplir, en nous en tenant bien entendu exclusivement, dans cette note, aux lignes générales, nous réservant de revenir plus tard sur les détails.

I. — INDICATIONS TIRÉES DU SURPEUPLEMENT SCOLAIRE. — Ce seul énoncé précise déjà la façon d'y porter remède. Il suffira d'augmenter le nombre des maîtres. C'est une question de finances municipales.

II. — INDICATIONS TIRÉES DES ARRÊTS DE DÉVELOPPEMENT DE L'INTELLIGENCE, DU CARACTÈRE ET DE LA VOLONTÉ.

A) *De l'intelligence.* — Ces indications sont diffé-

©BIUM

rentes suivant qu'on est en présence d'idiots, d'imbéciles, de débiles ou d'enfants arrêtés par diminution évolutive de la capacité d'acquisition intellectuelle.

L'*idiot* est incapable de toute acquisition intellectuelle ou manuelle ; on doit se borner à lui apprendre à être propre et à satisfaire proprement ses besoins naturels ; l'école n'est pas pour lui ; c'est de l'hôpital dont il a besoin, quand sa famille ne peut pas se charger elle-même de faire son éducation.

L'*imbécile* ne peut guère acquérir intellectuellement davantage que l'idiot ; mais, et c'est là ce qui le distingue de lui, il est susceptible de se livrer à des travaux manuels grossiers qui lui suffiront parfois à gagner sa vie. C'est donc moins du côté de l'instruction qu'il faudra le diriger que du côté de l'apprentissage de ces travaux.

Le *débile*, suivant son degré de développement, sera à même de profiter réellement de l'instruction ; mais dans le degré inférieur, c'est encore surtout le côté professionnel qu'il faut développer chez lui. Cependant, à l'inverse de ce qui se passe chez l'imbécile, l'habileté manuelle peut être aussi grande que chez l'enfant normal, de sorte que pour le débile il ne faut plus seulement parler de grossiers travaux ; suivant ses aptitudes, il sera utilement dirigé vers des travaux divers lui permettant une profession en rapport avec elles (1).

Arrêtés par diminution évolutive de la capacité d'acquisition intellectuelle. — Il s'agit ici d'enfants qui se sont développés jusque vers l'âge de dix ans de façon sensiblement normale et qui, à cet âge, ont vu leurs facultés intellectuelles s'arrêter ; il se produit ainsi chez eux une sorte de débilité acquise, ils n'acquièrent plus que difficilement, leur portée intellectuelle est diminuée,

(1) Nous avons vu des dessins de débiles indiquant des dispositions marquées pour cet art.

©BIUM

leur intelligence se fatigue vite. Pour eux, tous les maîtres s'accordent à affirmer que si le matin encore, leur attention se fixe, et s'ils peuvent assimiler quoique difficilement certaines connaissances, dans l'après-midi il n'en est plus de même ; les heures qu'ils passent alors à l'école doivent être considérées comme perdues. Toutefois, si leur portée intellectuelle est ainsi diminuée, leur habileté manuelle reste intacte, si bien qu'à ce point de vue ils sont comparables aux débiles à telle enseigne que, pour les uns comme pour les autres, une double instruction paraît nécessaire : intellectuelle le matin, manuelle le soir. Voilà pourquoi nous demanderions pour ces deux groupes d'arrêtés l'institution de cours manuels.

B) *De la sensibilité morale.* — Les amoraux, que nous avons rencontrés parmi nos écoliers, sont des enfants chez lesquels l'atrophie morale existe seule, sans se compliquer de déviations ou de perversions morales.

Ils sont, on peut dire, neutres au point de vue du bien et du mal, et ils peuvent, suivant les directions qui s'exercent sur eux, être de bons ou mauvais gars.

Nous avions espéré, dans un autre milieu que celui de nos écoles, pouvoir développer chez de tels sujets la sensibilité morale ; nous avons échoué. Aussitôt qu'on les laissait au contact de quelque chenapan, tout ce que nous considérions comme des progrès acquis s'évanouissait. Il n'y a à cela rien d'étonnant, notre essai était en effet une utopie, puisqu'il existe chez eux une véritable atrophie morale. Pour les enfants de cet ordre, il n'y a qu'un moyen de les préserver du mal, les mettre dans un bon milieu.

C) *De la volonté.* — Lorsque l'aboulie est, comme l'amoralité dont nous venons de parler, facteur d'une atrophie, une intervention quelconque nous paraît bien

©BIUM

précaire. Toutefois, il n'en est heureusement pas toujours ainsi ; comme l'aboulie dépend souvent d'un état physique, c'est contre celui-ci qu'il faudra agir.

III. — DÉVIATIONS DE L'INTELLIGENCE ET DU CARACTÈRE. — A) *Intelligence.* — Le *défaut de fixation de l'attention* étant sous la dépendance de causes diverses, ce sont ces causes qui posent les indications.

Lorsqu'il se rattache à une mobilité intellectuelle pure, son traitement est exclusivement pédagogique, il faut que le maître ait toujours l'enfant sous sa surveillance directe. C'est là d'ailleurs un point sur lequel insistent à juste titre tous les pédagogues.

Lorsque l'inattention est en même temps physique et motrice, son traitement appartient encore en première ligne au maître, mais cependant il devra ici être aidé par le médecin, qui calmera la mobilité physique par des moyens appropriés.

Enfin, quand le défaut de fixation de l'attention se lie à une fatigue intellectuelle facile, il sera nécessaire de donner du repos à l'élève qui peut-être encore se trouverait bien de l'enseignement mi-manuel, mi-intellectuel dont nous parlions tout à l'heure.

Le *défaut d'appétence intellectuelle* n'a presque jamais été rencontré généralisé ; il ne portait que sur un plus ou moins grand nombre de matières. Recherchant le pourquoi de cette inappétence, les maîtres ont été unanimes à nous confirmer qu'elle était le résultat d'une espèce de débilité pour telle ou telle matière et que l'enfant, ayant de ce fait rencontré des difficultés spéciales à vaincre, s'était laissé rebuter. La preuve, ajoutaient-ils, c'est que lorsqu'on se donne la peine d'aider ces enfants, on arrive à diminuer leur dégoût, et l'appétence pour la matière qui les rebutait se développe. Le traitement était donc trouvé, mais il n'en est pas-

CBIUM

moins vrai que leurs acquisitions, pour cette matière, restent toujours plus bornées que pour d'autres.

B) *Caractère.* — La modalité même de ces déviations montre que si le pédagogue peut aider le médecin dans leur redressement, c'est cependant à ce dernier qu'incombe la plus large part ; nous ne pouvons entrer ici dans les détails de ce traitement, qui variera pour chaque déviation et surtout pour chaque perversion.

IV. — ANOMALIES DE L'ENSEMBLE DE L'ÊTRE PSYCHIQUE. — Les caractères de ces anomalies indiquent par elles-mêmes que leur traitement relève complètement du médecin.

Si, groupant les enseignements qui se dégagent de ce que nous venons de dire, nous cherchons à donner à chacun, pédagogue et médecin, ce qui lui revient dans la correction des anomalies que nous venons d'étudier, nous voyons que si toujours le rôle du médecin est nécessaire pour les déterminer, cette détermination et leur classement une fois faits :

Le redressement des unes appartient plus spécialement au pédagogue. Ce sont : « les diverses formes de débilité, les arrêts par diminution évolutive de la capacité d'acquisition intellectuelle, certaines variétés de défaut de fixation de l'attention, l'inappétence intellectuelle, l'apathie et l'instabilité psychique ».

D'autres réclament le concours combiné du médecin et du maître : « certaines formes de défaut de fixation de l'attention, les déviations et perversions du caractère, l'aboulie, l'apathie et l'instabilité psychomotrice ».

D'autres enfin demandent plus particulièrement au médecin seul les directions utiles : « la plupart des déviations et des perversions du caractère ».

Si maintenant nous cherchons comment remplir pra-

©BIUM

tiquement les desiderata que nous avons mis en relief, nous voyons que deux conditions sont ici nécessaires :

1° Extension des attributions des médecins inspecteurs des écoles, ayant désormais pour rôle de déterminer, aussi bien que l'état physique des enfants, les anomalies psychiques propres à chaque élève, et de les soigner soit directement, soit en collaboration avec le maître ;

2° Création, dans toute école suffisamment nombreuse, de cours manuels réservés aux enfants qui, sans être des arriérés graves, sont atteints de débilité intellectuelle acquise ou constitutionnelle, et ne sauraient utiliser toute l'instruction, même élémentaire, de notre enseignement primaire.

©BIUM

Thérapeutique.

DE L'ALITEMENT OU CLINOTHÉRAPIE

DANS LE SERVICE CENTRAL D'ADMISSION DES ALIÉNÉS DE LA VILLE DE PARIS ET DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE (ASILE CLINIQUE SAINTE-ANNE) [1]

Par le Dr V. MAGNAN

Membre de l'Académie de médecine.

Messieurs, permettez-moi de vous faire part des résultats obtenus, depuis 1897, dans le service central d'admission à l'Asile clinique (Sainte-Anne) par l'application de l'alitement, repos au lit, aux formes aiguës et subaiguës de l'aliénation mentale et aux accès épisodiques survenus dans le cours des états chroniques.

L'alitement n'est pas un moyen nouveau de traitement des aliénés ; Guislain l'avait déjà appliqué à Gand en 1852 chez les mélancoliques (2) ; notre regretté collègue Pierre Falret le conseillait en 1864 dans les états maniaques aigus semi-fébriles, de même que dans

(1) Communication faite à l'Académie de médecine, à la séance du mardi 23 juillet 1912.

(2) Guislain. *Les phrénopathies ; traité des maladies mentales*, t. III, Gand, 1852.

©BIUM

les états mélancoliques caractérisés par de la prostration physique et morale (1).

Ludwig Meyer, après Gardiner Hill (1830) et Conolly (1839), préconise en 1860 le *no-restraint*, c'est-à-dire la suppression de tous les moyens de contrainte, et il commence dans les cas aigus à recourir à l'alitement, qui, lentement, s'introduit dans quelques asiles d'Allemagne, de Russie, de Hollande, de Suisse et des autres pays (2).

Cette question posée en 1900 au XIII^e^ Congrès international de Médecine de Paris, suscita d'intéressants rapports de la part du D^r^ Morel, de Mons ; du D^r^ Clément Neisser, de l'Asile de Leubus, un des apôtres de l'alitement, et du regretté Korsakoff. Le travail du professeur de Moscou porte l'empreinte de sa vaste érudition et de son remarquable sens clinique ; c'est une véritable mise au point de tous les problèmes afférents à la clinothérapie envisagée à la fois comme moyen thérapeutique et comme régime ou système d'organisation des asiles. Il fait remarquer, comme l'avait déjà signalé le D^r^ Sérieux dans son rapport sur les asiles étrangers, que l'alitement se complète par le traitement moral, et dès que le malade entre en convalescence, par le régime du travail et par le régime des portes ouvertes.

L'alitement pour les aliénés n'est pas l'immobilité au lit qu'exige Weir Michell de ses neurasthéniques, et il marche de pair avec le *no-restraint* ; c'est pour cela que j'ai pu le mettre à profit dans mon service de l'Admission, débarrassé depuis 1875, non seulement de la

---

(1) Falret (J.-P.). *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés.* Paris, 1864 (Introduction, p. LVI).

(2) Ludwig Meyer. Das no-restraint und die deutsche Psychiatrie. *Allg. Zeitsch. Psych.*, 1860, t. XX, p. 542.

©BIUM

camisole de force qui n'y a jamais été appliquée, mais de tous les autres moyens de contention.

L'alitement dans la division des hommes comprend trois dortoirs, deux de huit lits, un de quatre lits communiquant par de grandes portes vitrées. Quatre chambres séparées sont à proximité des dortoirs. Un water-closet (tout à l'égout) est séparé du couloir par un large vestibule qui peut être aéré selon les besoins.

Tout le service est installé au rez-de-chaussée et les salles ouvrent directement dans un grand jardin, où, sauf les fébricitants, tous les malades l'après-midi passent, suivant leur état, une, deux, trois ou même quatre heures.

Deux infirmiers sont en permanence dans chaque dortoir ; un sous-surveillant et un suppléant veillent à tous les détails du service et interviennent directement auprès des malades les plus difficiles, soit pour l'alimentation, soit pour les soins spéciaux réclamés par leur état.

Tous les matins, le surveillant — et il en est de même pour le service des femmes — remet, après l'avoir vérifié, un cahier de rapport sur lequel figure une note individuelle pour chaque malade, relatant la température (T. R.) prise la veille au soir et le matin, l'état de la digestion, le sommeil, sa durée, le degré d'excitation ou de dépression, les particularités délirantes, les réactions, etc. Ces notes fournies par les infirmiers de jour et les veilleurs, contrôlées et complétées par les surveillants et les internes, non seulement sont utiles au traitement, mais ont aussi l'avantage de tenir en haleine l'attention du personnel appelé fréquemment, au cours des visites, à fournir des renseignements complémentaires. Tous les huit jours, des pesées fournissent les variations de poids des malades.

Ces renseignements détaillés étaient nécessaires dans

©BIUM

un service où le genre de vie s'écarte des conditions normales et auquel, surtout au début de la clinothérapie, quelques auteurs avaient attribué, à tort du reste, quelques inconvénients pour la santé générale.

Dans la division des femmes, la disposition des locaux n'a pas permis l'installation des dortoirs au rez-de-chaussée, ils occupent le premier étage ; mais un large escalier, coupé à mi-chemin par un grand palier, rend facile l'accès du jardin, où les malades, suivant leur état, séjournent l'après-midi une ou plusieurs heures comme chez les hommes. Cinq chambres séparées et deux dortoirs de douze lits composent ce service. Dans chaque dortoir, deux infirmières sont en permanence et deux veilleuses la nuit ; de plus, le jour, une troisième infirmière et une sous-surveillante résident suivant les besoins dans l'un ou l'autre dortoir ; la nuit, une suppléante surveille et s'occupe des malades les plus difficiles. La surveillante, de son côté, prête à l'alitement un très actif concours.

L'Admission reçoit annuellement depuis quelques années de 3.700 à 3.900 aliénés de la Ville de Paris et du département de la Seine. Le nombre des entrées a presque doublé depuis 1867, date de l'ouverture du Service central d'Admission ; cet accroissement est dû d'abord à l'augmentation de la population, mais aussi à d'autres causes, et principalement aux progrès de l'alcoolisme. Les malades arrivent habituellement à l'Admission dans la phase la plus angoissante et la période la plus active de leur délire. Accueillis avec douceur, considérés comme des malades, ils sont placés au lit ; l'intervention du personnel est parfois délicate, mais, expérimenté, attentif, discret, il s'efforce de ne pas irriter le malade et sait n'intervenir qu'au seul instant où pourrait se produire un acte regrettable. Cette attitude réservée, bienveillante, suffit parfois à

©BIUM

rassurer les inquiets et calmer les agités. Ce savoir-faire associé à la bonté, j'ai pu l'obtenir assez facilement du personnel féminin ; mais, dans la division des hommes, le personnel a moins de tact et de douceur.

Nous donnons dans le tableau suivant le nombre de malades des deux sexes entrés à l'Admission de 1897, début de l'alitement à la fin de 1911.

Dans le cours de ces quinze années, l'Admission a reçu 53.975 aliénés, 29.344 hommes et 24.631 femmes ; sur ce nombre, 31.726, 16.011 hommes et 15.715 femmes, ont été alités. Sur les 16.011 hommes, 6.942 ont séjourné à l'alitement de un à quatre jours, 4.216 de cinq à huit jours et 4.853 au delà de huit jours ; des 15.715 femmes, 8.495 ont passé dans les salles d'alitement de un à quatre jours, 3.690 de cinq à huit jours et 3.530 au delà de huit jours.

La durée de séjour dans les salles d'alitement a varié avec chaque sujet suivant son état physique et son état mental, suivant le caractère de ses préoccupations maladives et de son mode de réaction. 22.343 malades, 11.158 hommes et 11.185 femmes, ont donc séjourné de un à huit jours à l'alitement et, malgré la courte durée de cette étape de repos, ces malades, tous au début de leur accès, à ce moment critique où le moindre malentendu, la moindre erreur peut avoir des conséquences si fâcheuses sur la marche de la maladie, le repos dans le lit a pour tous l'effet le plus favorable et aiguille, si l'on peut ainsi dire, la maladie sur la bonne voie qui conduit au calme de l'esprit et au repos du corps. En quelques jours, beaucoup de malades se trouvent améliorés et en témoignent leur satisfaction. Je parlerai plus loin des alcoolisés qui, rapidement débarrassés des hallucinations, se disent guéris et demandent à sortir.

Pendant les deux premières années de l'alitement,

Service central d'Admission (Asile clinique Sainte-Anne).

Tableau des Entrées à l'Admission et aux Salles d'alitement, de 1897 à 1911.

ANNÉES	ENTRÉES A L'ADMISSION			ALITEMENT			DURÉE DE L'ALITEMENT					
							HOMMES			FEMMES		
	NOMBRE total des entrées	HOMMES	FEMMES	TOTAL des alitements	HOMMES	FEMMES	1 à 4 jours	5 à 8 jours	au delà de 8 jours	1 à 4 jours	5 à 8 jours	au delà de 8 jours
1897. . .	9.396	1.924	1.472	378	166	212	71	44	51	114	38	60
1898. . .	3.425	1.891	1.534	1.827	967	860	412	256	299	461	154	245
1899. . .	3.234	1.788	1.446	1.729	907	822	448	190	269	538	121	163
1900. . .	3.343	1.872	1.473	1.891	1.015	876	450	238	327	545	152	179
1901. . .	3.529	1.911	1.618	2.234	1.107	1.127	503	286	318	712	257	158
1902. . .	3.772	2.014	1.758	2.541	1.197	1.344	505	378	314	700	403	241
1903. . .	3.598	1.949	1.649	2.170	1.229	941	515	423	291	409	318	214
1904. . .	3.539	1.905	1.634	1.892	1.123	769	406	403	314	297	299	173
1905. . .	3.439	1.802	1.637	1.983	1.030	953	337	372	321	332	400	221
1906. . .	3.545	1.893	1.652	2.162	992	1.170	446	219	327	564	305	301
1907. . .	3.794	2.108	1.686	2.526	1.250	1.276	551	265	434	663	291	322
1908. . .	3.795	2.061	1.734	2.589	1.318	1.271	571	233	514	693	270	308
1909. . .	3.861	2.107	1.754	2.600	1.254	1.346	580	294	380	759	237	350
1910. . .	3.882	2.099	1.783	2.649	1.263	1.386	579	305	379	801	280	305
1911. . .	3.821	2.020	1.801	2.555	1.193	1.362	568	310	315	907	165	290
TOTAUX. .	53.975	29.314	24.631	31.726	16.011	15.715	6.942	4.216	4.853	8.495	3.690	3.530

©BIUM

©BIUM

dans les cas d'agitation bruyante et violente, le malade était placé momentanément dans une des chambres situées près de la salle commune; mais si le dortoir paraissait un moment un peu plus calme, nous nous sommes aperçu que le sujet isolé s'excitait davantage; le psychopathe agité, mélancolique ou maniaque, placé dans une chambre, rend la surveillance très malaisée; l'entourage le plus bienveillant lui paraît suspect, hostile; les deux infirmiers qui veillent, suivant du regard tous les gestes, les mouvements, ne peuvent pas dissimuler leur surveillance, et celle-ci, active, continue, gêne, agace le patient; il se lève, sort du lit et alors la moindre intervention l'irrite et le pousse aux résistances et aux violences. La chambre d'isolement ne réussissant pas, nous sommes parvenus après quelques tâtonnements à maintenir à l'alitement les malades les plus difficiles, les plus violents, hallucinés ou impulsifs, même les épileptiques délirants. Nous les installons dans un des coins de la salle commune avec un sommier recouvert d'une forte toile, ou bien avec un ou deux matelas étendus sur le parquet, bordés de deux matelas dressés dans leur largeur le long des murs d'angle pour amortir les chocs des mouvements trop brusques. Un infirmier se tient près du malade, mais, tout en paraissant vaquer à ses occupations ordinaires, il s'éloigne, se rapproche quand c'est nécessaire, offrant de la tisane, du lait, un médicament au malade voisin, s'effaçant autant que possible pour ne pas attirer l'attention de l'excité qu'il surveille; observateur attentif, mais non actif, il laisse au malade la pleine satisfaction des mouvements, tant qu'ils ne compromettent pas sa sécurité.

Dans la salle commune, le malade excité se calme plus vite, il se croit moins surveillé, se sent plus libre; d'autre part, la présence des malades calmes qui restent tranquillement au lit et acceptent volontiers les soins

©BIUM

des infirmiers, cette bonne entente du personnel et des malades ne tarde pas à le frapper ; insensiblement, le milieu agit, l'excitation décroît.

Les chambres d'isolement, qui ne reçoivent plus de sujets violents et dangereux, sont réservées, la nuit, à certains sujets *agités de la langue*, bavards d'une loquacité intarissable, mais ne bougeant pas du lit, n'offrant ni impulsions ni idées de suicide ni d'homicide. Pour ces sujets bruyants, la chambre n'a aucun inconvénient, et leur isolement est au contraire utile au repos des autres alités. On met encore à profit ces chambres pour des fébricitants ou pour des convalescents tranquilles désireux de repos.

Un autre fait clinique important à relever à l'actif de l'alitement, c'est l'influence favorable qu'il exerce sur les formes aiguës fébriles, qu'il s'agisse d'états infectieux ou d'un délire aigu consécutif à un accès maniaque ou à un accès mélancolique.

En 1875, la suppression à l'Admission de tout moyen de contrainte avait rendu plus rares les cas de délire aigu et, depuis l'alitement, le délire aigu est tout à fait exceptionnel chez les malades du service. Il en est de même du *delirium tremens* fébrile, dont j'ai eu autrefois à recueillir de si intéressants exemples consignés dans mon travail sur l'alcoolisme (De l'alcoolisme, des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement. Paris, 1874). Les alcoolisés entrent toujours très nombreux, mais les formes les plus aiguës, par le repos dans le lit, deviennent rapidement des délires alcooliques simples. Des faits analogues sont relatés par le professeur Korsakoff dans son rapport de 1900 sur l'alitement, et il insiste sur l'influence favorable de la clinothérapie dans ces états graves. C'est donc aujourd'hui l'amélioration et parfois même assez rapidement la guérison des états suraigus qui, à l'alitement,

©BIUM

dans les conditions nouvelles d'hygiène, n'affectent plus comme autrefois la marche promptement grave qui aboutissait en quelques jours à une terminaison fatale.

Nous devons encore à l'alitement une diminution et même, dans l'un des services, la disparition des suicides. Autrefois, il semblait que le suicide était une conséquence inéluctable des obsessions, des impulsions, de la perplexité angoissante des mélancoliques. Malgré toutes les recommandations, malgré une vigilance que l'on pensait ne pas pouvoir être dépassée, on avait presque chaque année, dans les services de malades aigus, à faire la pénible constatation d'un ou de plusieurs suicides. A l'Admission, où les malades arrivent dans les phases les plus actives et conséquemment les plus dangereuses de leurs délires, nous avons longtemps payé au suicide, avec une douloureuse résignation, un tribut qui aujourd'hui avec l'alitement nous paraîtrait excessif et inadmissible.

En effet, depuis 1897, début de la clinothérapie à l'Admission, nous avons vu les suicides réduits à trois seulement dans la division des hommes et, pendant cette même période de seize ans, dans la division des femmes, nous n'avons eu à déplorer aucun suicide, pas un seul. Ce résultat inespéré n'est pas le fait du hasard ; il est dû, non seulement à l'installation spéciale du service d'alitement qui assure une surveillance continue, mais il est dû surtout au savoir-faire, à la sollicitude vigilante du personnel féminin très expérimenté, bon, plein de cœur, dont le dévouement inlassable vis-à-vis des malades ne se dément jamais, sachant que la moindre défaillance, que la plus légère négligence peut avoir dans ce milieu si profondément troublé, les conséquences les plus graves, des malheurs irréparables. Ce résultat mérite d'autant plus d'être relevé que les états mélancoliques sont plus fréquents chez la femme que chez

©BIUM

l'homme, et que les femmes mélancoliques se montrent plus perplexes, plus angoissées et sont plus irrésistiblement poussées par l'intensité du délire à attenter à leur vie.

Tous les malades maniaques et mélancoliques, et tous ceux qui à leur arrivée présentent des épisodes aigus dans le cours d'affections chroniques, tirent un grand profit de l'alitement, même lorsque cette étape de repos est de courte durée ; l'installation, du reste, est suffisante pour recevoir ces psychopathes pendant la phase la plus aiguë de l'état maniaque et la période la plus douloureuse et la plus angoissante, et conséquemment la plus dangereuse, de la mélancolie. L'alitement réduit au minimum les causes d'excitation et la santé générale reste satisfaisante. Dans les formes mélancoliques, qu'il s'agisse de mélancolie anxieuse, de mélancolie suicide, de mélancolie avec stupeur, le repos au lit exerce l'influence la plus favorable.

Le maniaque, qui, *a priori*, semblait devoir être réfractaire à la clinothérapie, devient, en définitive, avec un personnel expérimenté, un alité assez bon enfant, facile à diriger. Parfois, il se montre espiègle et taquin ; si l'entourage manifeste un peu de dépit du désordre produit, il en rit et s'en amuse, mais il se fâche si un infirmier lui adresse maladroitement des reproches ou des observations un peu vives ; toutefois, le calme renaît assez vite quand on paraît ne pas prêter attention à ce qui se passe, tout en mettant, sans réflexions, doucement en ordre ce qu'il vient de bouleverser. Ceci est le vrai maniaque, le maniaque simple ; quant à l'état maniaque présenté par certains dégénérés, l'agitation est plus tenace, parfois plus agressive, à cause du fonds délirant sur lequel il repose. Quoi qu'il en soit, ce maniaque placé au lit continue à s'agiter, à gesticuler, à discourir, crier, chanter ; il jette son oreiller, son tra-

Service central d'Admission (Sainte-Anne).
Malades alcooliques entrés de 1867 à 1886.

ANNÉES	HOMMES			FEMMES		
	NOMBRE d'entrées	NOMBRE d'alcooliques	PROPORTION pour 100	NOMBRE d'entrées	NOMBRE d'alcooliques	PROPORTION pour 100
1867 à partir du 1er Mai	834	144	17,14	744	24	3,22
1868	1.397	197	14,17	1.188	22	1,85
1869	1.349	354	26,24	1.083	57	5,26
1870	1.460	377	25,82	1.060	63	6,04
1871	1.125	291	25,88	1.072	61	5,70
1872	1.393	182	13,13	1.083	37	3,41
1873	1.553	216	13,90	1.195	39	3,26
1874	1.362	221	16,22	1.234	41	3,32
1875	1.396	231	16,54	1.120	81	7,32
1876	1.401	316	22,25	1.145	58	5,06
1877	1.464	298	20,35	1.360	45	3,30
1878	1.647	288	17,48	1.274	44	3,43
1879	1.471	368	25,15	1.214	51	4,20
1880	1.487	244	16,40	1.198	33	2,74
1881	1.664	312	18,75	1.267	33	2,60
1882	1.761	291	18,70	1.312	34	2,81
1883	1.867	281	15,05	1.442	32	2,21
1884	2.144	349	16,26	1.630	54	3,31
1885	1.921	427	22,22	1.571	78	4,96
1886	2.021	453	22,42	1.560	91	5,83

versin, les objets qui se trouvent à portée de sa main ; il repousse les couvertures, les draps, se lève plusieurs fois, mais au bout d'un ou deux jours, tout en restant agité, il finit par ne plus quitter le lit, ou, s'il en sort, se recouche promptement lui-même sur une seule invitation ou sur une simple remarque, qu'il va prendre froid, par exemple. Il y a là une sorte d'auto-suggestion, l'influence de l'imitation, de l'exemple qui le gagne et qu'il subit. C'est vainement qu'on chercherait à obtenir ces dispositions d'esprit dans une chambre, où le malade serait seul avec des domestiques ; il faut la salle com-

©BIUM

Service central d'admission

Malades alcooliques et psychopathes avec

ANNÉES	ENTRÉES TOTALES A L'ADMISSION			ALCOOLISÉS SIMPLES				
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	p. 100	Femmes	p. 100	Total
1887. . .	1.964	1.479	3.443	488	24,85	58	3,92	540
1888. . .	2.103	1.500	3.603	477	22,68	88	5,86	555
1889. . .	2.065	1.547	3.612	521	25,23	128	8,27	649
1890. . .	1.976	1.542	3.518	542	27,43	122	7,91	664
1891. . .	2.030	1.473	3.503	558	27,49	127	8,62	685
1892. . .	2.051	1.583	3.634	632	30,81	136	8,59	768
1893. . .	1.844	1.484	3.328	559	30,31	123	8,29	682
1894. . .	2.072	1.668	3.740	624	30,11	151	9,05	775
1895. . .	2.032	1.583	3.615	602	29,63	170	10,74	772
1896. . .	2.088	1.669	3.757	644	30,84	156	9,34	800
1897. . .	1.924	1.472	3 396	590	30,66	137	9,31	727
1898. . .	1.891	1.534	3.425	564	29,82	156	10,17	720
1899. . .	1.788	1.446	3.234	585	32,72	117	8,09	702
1900. . .	1.872	1.473	3.345	587	31,35	131	9,89	718
1901. . .	1.911	1.618	3.529	520	27,21	136	8,40	656
1902. . .	2.014	1.758	3.772	645	32,02	184	10,47	829
1903. . .	1.949	1.649	3.598	526	26,99	186	11,28	712
1904. . .	1.905	1.634	3.539	439	23,04	138	8,44	577
1905. . .	1.802	1.637	3.439	432	23,97	139	8,49	571
1906. . .	1.893	1.652	3.545	477	25,20	167	10,11	644
1907. . .	2.108	1.686	3.794	619	29,36	166	9,85	785
1908. . .	2.061	1.734	3.795	535	25,96	164	9,46	699
1909. . .	2.107	1.754	3.861	499	23,68	151	8,61	650
1910. . .	2.099	1.783	3.882	432	20,58	150	8,41	582
1911. . .	2.020	1.801	3.821	384	18,51	128	7,11	502
TOTAUX .	49.569	40.159	89.728	13.471	27,17	3.509	8,74	16.980

mune où voisinent côte à côte le maniaque loquace, agité et le mélancolique tranquille et silencieux. Alité, le maniaque dès qu'il s'endort éprouve un vrai repos et ce sommeil est tout à fait réparateur. Au réveil, il recommence à bavarder, à gesticuler et quelquefois il s'assied dans son lit et, sans en descendre, il continue les mouvements des bras, de la tête, du corps, donnant ainsi satisfaction au besoin d'activité motrice qui le

(Sainte-Anne).

appoint alcoolique entrés de 1887 à 1911.

PSYCHOPATHES AVEC APPOINT ALCOOLIQUE					TOTAUX DES ALCOOLISÉS SIMPLES ET DES PSYCHOPATHES avec appoint alcoolique				TOTAL GÉNÉRAL
Hommes		Femmes		Total	Hommes		Femmes		
	p. 100		p. 100			p. 100		p. 100	
238	13,13	102	6,89	360	746	37,98	160	10,82	906
265	12,60	97	6,46	362	742	35,28	185	12,33	927
164	7,94	57	3,68	221	685	33,17	185	11,96	870
154	7,79	50	3,24	204	696	35,22	172	11,15	868
157	7,73	76	5,16	233	715	35,22	203	13,78	918
184	8,97	86	5,43	270	816	39,78	222	14,02	1.038
172	9,33	90	6,06	262	731	39,64	213	14,35	944
166	8,03	63	3,77	229	790	38,13	214	12,83	1.004
216	10,63	77	4,86	293	818	40,26	247	15,60	1.065
256	12,26	87	5,21	343	900	43,10	243	14,56	1.143
284	14,76	136	9,24	420	874	45,42	273	18,55	1.147
228	12,06	94	6,13	322	792	41,88	250	16,30	1.042
250	13,98	118	8,16	368	835	46,70	235	16,25	1.070
359	19,18	138	9,37	497	946	50,53	269	18,26	1.215
396	20,72	198	12,24	594	916	47,93	334	20,64	1.250
319	15,84	202	11,49	521	964	47,86	386	21,96	1.350
279	14,31	146	8,85	425	805	41,30	332	20,13	1.137
354	18,58	299	18,30	653	793	41,63	437	26,74	1.230
246	13,63	135	8,25	381	678	37,62	274	16,74	952
265	14, »	123	7,56	390	742	39,20	292	17,67	1.034
372	17,65	122	7,23	494	991	47,01	288	17,08	1.279
397	19,26	136	7,84	533	932	45,22	300	17,30	1.232
438	20,79	156	8,89	594	937	44,47	307	17,50	1.244
558	26,58	212	11,89	770	990	47,16	362	20,30	1.352
417	20,64	179	9,94	596	791	39,16	307	17,04	1.098
7.154	14,43	3.181	7,92	10.335	20.625	41,61	6.690	16,66	27.315

domine. La nuit, l'agitation s'amende un peu d'habitude, et le malade peut goûter quelques heures de repos.

Les maniaques restent alités sans en éprouver le moindre malaise ; ils conservent l'appétit, les digestions sont régulières, leur poids augmente et la santé devient parfaite.

Pour les mélancoliques, l'alanguissement du tube digestif, la constipation, l'absence d'appétit, souvent le

©BIUM

dégoût des aliments réclament une surveillance spéciale; c'est dans ces cas que le rapport quotidien fourni par le personnel, ne laissant rien passer inaperçu, devient le meilleur guide. L'alitement, qui écarte toutes les causes d'irritation, qui réduit au minimum les efforts à produire, procure à ces malades endoloris au moral et au physique, un vrai repos qui les soulage, les remonte et les ramène peu à peu à la santé.

Les alcoolisés sont de tous les malades ceux qui ont le plus bénéficié de l'alitement. Ils sont très nombreux : les alcoolisés simples, fous alcooliques, ceux dont le délire est dû exclusivement aux abus de boissons fermentées et distillées fournissent environ le quart des entrées, de 20 à 25 p. 100. Les aliénés avec appoint alcoolique, les paralytiques, les épileptiques, les hystériques, les dégénérés, les débiles, les psychopathes qui, d'abord tranquilles dans leurs familles, doivent à des abus occasionnels de boissons l'excitation dangereuse qui motive le placement à l'asile ne comptent pas moins de 15 à 20 p. 100 des admissions, si bien que les deux groupes dépassent souvent 40 p. 100 des entrées chez les hommes, et, dans les dernières années, près de 20 p. 100 chez les femmes.

A partir de 1867, les malades furent dirigés sur le service central de l'admission à Saint-Anne.

Des deux tableaux ci-dessus, le premier, qui s'étend de 1867 à 1885, donne le nombre des alcoolisés; le deuxième, de 1887 à 1912, donne celui des alcoolisés simples et des psychopathes avec appoint alcoolique. Ils sont l'un et l'autre très démonstratifs au point de vue de la marche ascendante de l'alcoolisme.

Ce n'est pas seulement par le nombre que les alcoolisés préoccupent le médecin, c'est surtout par l'activité du délire; dès le début de l'accès, dès l'entrée à l'asile, ce délire est fait tout entier d'hallucinations multiples,

mobiles, rappelant les occupations journalières, les préoccupations dominantes du moment ; elles varient à l'infini, mais en affectant avant tout le caractère le plus désagréable, le plus pénible.

Ces hallucinations, suivant leur intensité, suivant la disposition des sujets, donnent lieu à des réactions différentes, transforment l'attitude des malades, en font des maniaques, des mélancoliques, ou les plongent dans la stupeur ; la forme maniaque est de beaucoup la plus fréquente.

Chez certains sujets adonnés plus particulièrement à l'absinthe, le délire hallucinatoire se montre plus actif, plus terrifiant, provoquant des actes souvent dangereux.

Parfois même l'absinthe détermine des vertiges et des attaques épileptiques, et si ces accidents se répètent, il peut survenir un accès délirant d'une acuité extrême, pendant lequel, contrairement à ce qui se passe dans le délire alcoolique simple, où une interpellation un peu vive suffit à suspendre momentanément le délire, le malade reste sourd à toute intervention et se livre automatiquement, avec une brusquerie impulsive, à de petites violences dont il ne conserve aucun souvenir. Les alcoolisés peuvent donc être aussi de grands agités presque incoercibles.

Pour bien comprendre les progrès réalisés dans le traitement de ces intoxiqués, voyons ce qui se passait de 1862 à 1866, lorsque les malades étaient envoyés directement, les hommes à Bicêtre et les femmes à la Salpêtrière.

Lorsqu'un malade alcoolisé arrivait à Bicêtre, il y parvenait, comme de tout temps, agité, excité, en proie à des hallucinations multiples, pénibles ; agressif, luttant contre son entourage. On le revêtait de la camisole de force, il continuait à s'agiter, il frappait du pied les portes et se précipitait contre les murs ; on le mettait

©BIUM

au lit, mais il se levait et s'enfuyait; ramené, on l'y attachait.

Qu'advenait-il ?

Comme j'avais déjà l'occasion de le signaler à cette époque, la fixation au lit est funeste : le patient est étendu sur le dos ; grâce à la camisole, il a déjà une gêne notable à la base du thorax, les fausses côtes et les deux ou trois dernières côtes sont notablement immobilisées. Pour maintenir la partie supérieure du corps, on passe à travers les deux anneaux situés au niveau des régions sus-claviculaires des liens qui sont attachés en bas et en arrière à la tête du lit ; de plus, afin d'empêcher le malade de glisser, on pousse l'oreiller entre les cordons qui passent au-dessous et la tête qui s'applique et repose au-dessus, de sorte que toute la partie antérieure et supérieure de la camisole se trouve fortement tendue sur les parties correspondantes du thorax, qu'elle immobilise. La poitrine, ainsi resserrée à la base et au sommet, ne permettant plus qu'un jeu insuffisant des parois thoraciques, le diaphragme exagère ses mouvements et produit une respiration abdominale qui supplée jusqu'à un certain point à l'imperfection de la respiration thoracique. Mais le malade, se sentant retenu dans le haut du corps, devient d'autant plus remuant, lance les jambes de tous côtés ; on rapproche alors celles-ci, et les pieds munis d'entraves, sont fixés à l'extrémité inférieure du lit. De là une tension des muscles des parois abdominales qui gênent l'abaissement si nécessaire du diaphragme. Enfin, des alèzes jetées en travers sur le ventre et les genoux sont assujetties de chaque côté du lit ; cette dernière précaution complète l'ensemble des moyens si bien combinés pour arriver à l'asphyxie.

Si ce malade fait quelques efforts, qu'il s'agite et se débatte, la face s'injecte rapidement, les yeux sont bril-

©BIUM

lants, les jugulaires, turgescentes, se désemplissent avec peine; le cou, gonflé, s'étrangle contre le bord rigide de la camisole.

Dans de telles conditions, si le malade était arrivé à l'asile avec une légère tendance fébrile, 37°9 ou 38 par exemple, le lendemain matin, il avait 38°7 ou 39 ; le pouls était fréquent, la langue devenait sèche. Puis les symptômes s'aggravaient, la température s'élevait à 40 degrés et au delà, des frémissements musculaires, d'abord limités aux bras et aux jambes, se généralisaient, la main appliquée sur les épaules, sur le dos, les cuisses, percevait même profondément les petits soubresauts, les contractions inégales, irrégulières des fibres musculaires, tout le corps vibrait, dénotant l'irritation extrême du cerveau et surtout de la moelle ; vingt-quatre heures ou quarante-huit heures après, le malade succombait à l'accès de *delirium tremens* fébrile. La statistique relevait à ce moment 8 p. 100 de décès dans les cinq premiers jours.

En 1867, à l'ouverture du Service Central d'Admission, tous les malades furent affranchis de la camisole de force et successivement de tous les autres moyens de contention. Le malade alcoolisé était placé le jour dans une grande salle de réunion ou dans un jardin avec d'autres malades, et le soir venu, après le repas, on tentait de le placer au lit, dans un dortoir ; mais le plus souvent, après un temps assez court, il se levait halluciné, parcourait la salle, regardait aux fenêtres, cherchait à ouvrir les portes, voulait sortir, s'impatientait, et après avoir parlementé quelque temps, on l'installait dans une cellule capitonnée. Là, il continuait à s'agiter, interpellant ou repoussant des ennemis imaginaires, frappant contre la porte et les parois de la cellule, soutenait un mur qui allait tomber, maintenait une porte que poussaient des assassins, et quand on intervenait, on

©BIUM

le trouvait haletant, couvert de sueur les yeux hagards, dans un état d'affolement extrême. Pour lui procurer quelques heures de sommeil, on recourait au chloral. Le jour, il était ramené avec les autres malades ; mais la nuit, il était placé en cellule, pendant cinq à six jours, jusqu'à la diminution des hallucinations. C'était déjà un progrès et la mortalité ne dépassait pas à cette époque 1,30 p. 100. Par suite, avec l'alitement installé en 1897 nous avons pu parvenir assez rapidement à ne plus utiliser que la salle commune. La présence continue des infirmiers à l'alitement exerce une influence très favorable sur les alcoolisés. Le jour, quelques paroles bienveillantes suffisent à les rassurer quand ils sont inquiétés par des troubles sensoriels. La nuit, si les hallucinations sont actives et fréquentes, on éclaire largement la salle, et l'intervention expérimentée du personnel ne tarde pas à leur faire comprendre qu'ils sont à l'hôpital. Tout ce qui les environne, toutes les images extérieures, personnes et choses en pleine clarté, se dessine nettement, il n'y a plus d'ombres, plus de demi-lumières, plus d'images, ni de représentations douteuses ; l'infirmier qui parle, qui présente un verre de limonade ou une tasse de lait, est vu comme dans le jour, et c'est ainsi que des excitations physiologiques normales des sens, images réelles plus fixes, plus vivaces, objets bien éclairés, paroles distinctes, interpellations pressantes se superposent, se substituent aux hallucinations mobiles, fugaces de l'alcoolisme et finissent par ramener le patient à la réalité et à le calmer.

Dans les cas d'ailleurs pas très rares, où les alcoolisés arrivent avec de la fièvre sans complications viscérales, présentant 38°5, parfois même 39 degrés, on les couche dans un lit à la salle d'alitement et même, lorsque l'agitation est très violente, cet alcoolisé fébricitant très halluciné est néanmoins conservé dans la salle d'ali-

©BIUM

ment ; mais il est alors, comme dans les agitations exceptionnelles, placé pour sa sécurité dans un coin de la salle sur des matelas, avec des couvertures et des draps, ainsi que les autres malades. Il est traité comme les autres fébricitants et, d'habitude, s'améliore rapidement.

Je me suis efforcé de faire connaître ce qu'avait été l'alitement dans le Service Central d'Admission des aliénés de la Seine depuis 1897.

La réalisation de son application, sa pratique n'a pu s'accomplir qu'après une série de réformes préalables indispensables. D'abord la suppression de tous les moyens de contention, la suppression de la cellule, l'abandon de la chambre d'isolement pour les malades aigus très excités, et, comme heureuse conséquence, le maintien absolu dans la salle commune des plus grands agités considérés jusque-là comme incoercibles, irréductibles.

Les résultats de cette pratique ont été des plus favorables :

Les délires aigus s'améliorent, s'arrêtent dans leur marche et guérissent.

Depuis 1897, la diminution considérable des suicides chez les hommes et leur disparition complète dans la division des femmes.

L'amélioration constante et souvent rapide des états maniaques et mélancoliques aigus et subaigus. La fureur du maniaque, sa colère ne se sont jamais manifestées dans les salles d'alitement.

Pour les alcoolisés, rien ne vaut l'alitement ; nous tendons à supprimer complètement les hypnotiques ; les malades guérissent bien et rapidement de leur accès.

Je n'ai pas vu d'inconvénients dans la pratique de l'alitement ; le seul point noir réside dans l'absence de bienveillance, de bon vouloir, de dévouement chez la

©BIUM

plupart des infirmiers : pour eux, le malade est un désagréable fardeau qui ne leur inspire ni charité ni pitié. D'autre part, le personnel féminin a fait aujourd'hui ses preuves, et il serait désirable que, dans les infirmeries et les salles d'alitement, ce personnel féminin fût substitué aux infirmiers, comme cela est déjà fait dans certains services hospitaliers.

©BIUM

Médecine légale

LE CRIME DE ROUSSILLON

ET L'ÉTAT MENTAL DE SES TROIS AUTEURS

Par le Dr S. GARNIER (de Dijon).

Suite (1).

Voyons maintenant ce qu'il en était du deuxième inculpé.

Gaston-Célestin Rou..., âgé de vingt-trois ans révolus, était né à Tavers (Loiret), le 8 février 1887, du mariage légitime de Pierre-Vincent-Narcisse et de Marie-Alexandrine Bal..., qui avaient eu en outre deux filles: l'une, Caroline, âgée de vingt-cinq ans; Célestine, la cadette, âgée de dix ans. La première jeunesse de l'inculpé ne parut avoir été accidentée d'aucune affection susceptible d'avoir entravé son développement physique et moral. Ses parents, suivant le maire de Tavers, étaient honorables, probes et lui auraient donné une bonne éducation.

Dans les antécédents familiaux de cet homme, on avait trouvé plusieurs cas d'aliénation mentale et un de suicide, et voici, d'après sa généalogie, à quel degré et comment ces cas lui étaient rattachés, en remontant jusqu'au bisaïeul paternel de Rou..., c'est-à-dire à la quatrième génération. (Les cas d'aliénation mentale sont *soulignés* et le nom de l'inculpé est indiqué par *une croix*.)

(1) Voir les *Annales* de juillet 1912.

©BIUM

ARRIÈRE-GRAND-PÈRE
Vincent Rou..., décédé en 1880. Époux Mont..., 4 enfants.
Jacques Rou..., décédé en avril 1834.
Vincent Rou...
femme Rab...
Gentien-Célestin Rou... Époux Dr..., 8 enfants, décédé en 1867.
Marie-Marguerite Rou..., femme Sic... (Jacq.-Pierre)
Lucile Rou...,
Charles-Eugène-Célestin Rou..., épouse Louise-Lucie Sich..., décédé en 1886.
Pierre-Vincent-Narcisse Rou..., époux Bal..., père de l'inculpé.
Euphr. Rou..., veuve Sylvain Dr...
Emilie-Esther Sic..., femme Drug...
Fernand Rab...
Georges Rab..., suicidé le 18 janvier 1908.
Régina Rou..., femme Bou...
Gaston.
+
Caroline.
Céline.
Berthe Dr...,
femme Jules Vil..., cedernier aliéné.
Dru... (Alcide), époux Job...

©BIUM

L examen de cet arbre généalogique avait permis de constater qu'en effet trois cas d'aliénation mentale et un de sucide s'étaient bien manifestés dans la branche paternelle. Toutefois, sur les trois premiers cas, celui de Jules Vil..., mari de Berthe Dre..., cousine germaine de Gaston Rou..., était inopérant, aucun lien de parenté n'existant, de toute évidence, entre cet homme et lui. Quant au suicide par immersion, le 18 janvier 1908, d'un autre cousin de l'inculpé, le nommé Georges Rab..., neveu de Rou..., Narcisse, père de l'inculpé et fils de Lucile Rou..., veuve Rab..., qui avait déclaré ignorer les raisons du suicide de son fils, l'importance en était très relative. Il était, d'autre part, certain que, du chef de sa grand'mère Rou..., née Dro..., qui avait eu huit frères et sœurs, aucune tare mentale ne pesait sur Gaston Rou...

Tels étaient, en réalité, ses antécédents de famille, en apparence si défavorables.

L'inculpé avait fréquenté l'école communale pendant sept ans, mais il s'y était révélé difficile de caractère et sournois, n'avouant jamais, avait déclaré son maître, quand il avait commis une faute.

A partir de treize ans, on trouvait Rou... garçon de magasin, pendant dix-huit mois, chez M. Dam..., quincaillier de Beaugency, qui n'avait rien eu à lui reprocher ; puis, pendant un court laps de temps, il avait été garçon de courses chez M. Aub..., boucher à Olivet, emploi qu'il avait abandonné pour entrer, moyennant 45 francs par mois, nourri et logé, à la cantine du 30e régiment d'artillerie, à Orléans. Rou... avait alors seize ans, et il était resté, dans cette cantine, successivement au service de MM. Blo... et Pia... A l'époque où ce dernier avait quitté la cantine d'Orléans pour en tenir une à la caserne des pompiers de la rue Blanche, à Paris, il avait emmené son personnel, dont faisait partie Rou..., qui, ayant ainsi demeuré six mois à Paris, revint, sur la fin de 1906, à Orléans. Entrant alors chez M. Gan..., hôtelier, l'inculpé s'était fait renvoyer, huit jours après, parce qu'il se querellait avec tout le monde, mais avait réussi néanmoins à se placer ensuite à la caserne du 30e régiment d'artillerie, chez le successeur de M. Pia..., un M. Rob..., qui, d'octobre 1906,

©BIUM

l'avait conservé jusqu'au 4 juin 1907. A cette date, Rou..., étant pris de boisson, avait quitté la cantine en emportant son avance de 10 francs sur la caisse, et comme, quinze jours auparavant, il avait détourné à son profit et dissipé une somme de 57 fr. 20 reçue d'un maréchal des logis pour le compte de son patron, celui-ci avait porté plainte et Rou... avait été condamné à un mois de prison avec sursis. M. Rob..., appelé à juger son ancien employé, auquel il avait d'ailleurs pardonné son ancien abus de confiance et l'avait néanmoins gardé à son service, avait dit de lui « qu'à jeun, il remplissait bien son emploi, mais qu'il avait fait de mauvaises connaissances, fréquentant les maisons de tolérance, et s'était montré faux, méchant, brutal et querelleur ».

Ce fut dans cette situation que l'inculpé contracta, le 12 août 1907, un engagement militaire de cinq ans aux batteries d'artillerie de la 7e division de cavalerie, à Fontainebleau. Dans ce milieu, Rou... avait été un mauvais soldat et, pendant ses deux années de séjour, car il fut réformé en août 1909 pour ankylose du pouce, il avait été puni de quatre jours de consigne, de trente-deux jours de salle de police, par fraction de huit, de seize jours de prison en trois fois et de huit jours de cellule. Son maréchal des logis, Moi..., avait déclaré « qu'il avait gardé une mauvaise impression de Rou... ; que c'était un mauvais soldat, mal embouché, d'un caractère quelque peu emporté et assez souvent ivre ; qu'il s'était abîmé le pouce et avait expliqué qu'il s'était blessé en nettoyant des vitres dans un café (ce qui était faux, d'ailleurs, puisque ce fut dans un bal public qu'il heurta une porte vitrée) et avait été réformé à la suite de cet accident ». Un de ses camarades de la même batterie et de la même chambrée n'avait pas été moins défavorable, dans son jugement, sur l'inculpé : « Rou..., avait-il dit, a été un très mauvais soldat. A chaque instant, il se présentait à la visite ; il buvait et jouait, sautant souvent les murs et était puni en conséquence. Il avait un caractère violent et méchant. C'était un homme à femmes, d'une conduite et d'une moralité déplorables. Il n'avait aucun bon sentiment. » Un autre maréchal des logis, Bla... (Emile), avait dit

©BIUM

encore : « Rou... était ce qu'on appelle aujourd'hui *un apache*, grossier, d'une mauvaise tenue et régulièrement en état d'ivresse quand il rentrait. Sa conduite était mauvaise, sa moralité douteuse ; je n'ai pas constaté d'indélicatesse de sa part, mais j'ai remarqué qu'il avait toujours de l'argent. » Enfin, le chef d'escadron Leq..., dans une note sur son ancien subordonné, l'avait ainsi jugé : « C'est un malheureux, inquiétant au point de vue physique et moral. Aux efforts faits pour le remettre dans la bonne voie, il a toujours répondu par une frasque nouvelle. Il a pourtant fait de longues périodes sans punition, ayant l'air de s'amender, et puis une *bordée* recommençait ! Il semblait un candidat à la tuberculose. L'ankylose de son pouce, qui s'est produite dans des conditions que ses *mensonges habituels* ont empêché d'établir, l'a rendu impropre au service armé. Il a donc été renvoyé dans ses foyers après deux ans de service. Il n'a aucune consistance morale et devait, à la première occasion, se laisser entraîner aux plus lamentables excès. »

Après quelques jours passés chez ses parents, en rentrant réformé, Rou... était demeuré deux mois chez un de ses cousins, tenancier à Versailles d'une boucherie hippophagique, puis, fin octobre 1909, s'était rendu à Paris, où, portefaix aux Halles pendant le jour, il était, le soir, figurant au théâtre de la Gaîté. Ce fut dans la promiscuité de cette figuration, recrutée parmi les pires vauriens de la capitale, qu'il devait s'aboucher bien vite avec des acolytes de son envergure, dont Ven... et Cor... avaient augmenté la triste collection. Nous atteignons ainsi la période contemporaine du crime dont Rou... avait été un des auteurs, sans qu'aucun témoin eût émis le plus petit doute sur la mentalité de cet homme, et, si le séjour qu'il fit, en 1907, à l'hôpital d'Orléans, du 29 janvier au 16 mars suivant, fut bien motivé par un érysipèle de la face, il fut d'autant plus douteux que des conséquences fâcheuses pour lui au point de vue mental avaient pu en résulter que cet érysipèle n'avait précisément laissé aucun souvenir au médecin traitant. Il était vrai que le maire de la commune de Travers, tout en qualifiant, comme ceux qui l'avaient connu, l'inculpé de *mauvais sujet*, avait émis des dou-

©BIUM

tes sur sa responsabilité ; mais il n'avait exprimé ce sentiment qu'après le crime, et encore l'avait-il basé sur ses tares héréditaires, dont nous avons déjà fait pressentir tout au moins la bien minime portée.

*
* *

Quel était enfin le *curriculum vitæ* du troisième et dernier inculpé ?

Cor... (Henry-Maxime), né à Londres (Angleterre), le 3 mai 1892, était âgé de dix-huit ans. Augustine Del... mère du jeune Cor..., divorcée en 1894 de Mul... (Louis), qu'elle avait épousé le 29 décembre 1881, était rentrée dans sa famille, un an après son mariage, quand elle fit la connaissance d'un nommé Ernest Cor..., professeur libre, qui, en 1887, l'avaient emmenée avec lui à Londres, où ils habitèrent ensemble pendant douze ans. En 1889, Cor... et sa maîtresse revinrent à Paris, puis retournèrent ensemble à Londres, lors du couronnement du roi Edouard d'Angleterre et y séjournèrent environ dix-huit mois ; puis à la mort de M. Del... père, revinrent à Paris, qu'ils n'avaient pas quitté depuis et où ils eurent un enfant aujourd'hui dans sa sixième année. Celui qui était né de leurs premières relations fut déclaré au registre spécial, à Londres, sous le nom de Cor..., mais aucun lien légal n'unissait Ernest Cor... et Augustine Del..., bien que vivant maritalement. Quoi qu'il en soit, le jeune Cor... n'avait jamais quitté ses parents, les accompagnant dans leurs diverses périgrinations, et il habitait encore avec eux, 15, rue de la Clef, à Paris, lorsqu'il s'était abouché avec ses co-inculpés, en vue de l'expédition criminelle de Roussillon.

Il ne sembla pas qu'il se fût jamais rencontré de cas de folie ou de déséquilibration mentale dans la famille soit de sa mère, soit de son père naturel, ceux-ci ayant été muets l'un et l'autre sur ce point lorsqu'ils avaient été interrogés. Ernest Cor... avait toutefois déclaré que, jusqu'à l'âge de quatre ans, le développement physique de son fils, quoique normal, avait été difficile et qu'il avait dû être changé deux fois de nourrice. Il avait dit également l'avoir placé, à sept ans, dans une petite pension anglaise, bien qu'il s'occupât, avait dit la mère,

©BIUM

de son instruction et de son éducation. Or, dans cette pension, son fils « aurait manifesté une agitation particulière que ses condisciples et la maîtresse avaient en quelque sorte caractérisée en appelant l'enfant « Mad », expression qui correspond au mot français « toqué ».

Au bout de dix-huit mois de présence dans cette école, Cor... fils aurait contracté successivement la rougeole, la diphtérie, dont il fut malade environ deux mois, mais sans retentissement signalé dans son état mental subséquent. Cor... avait été ensuite confié, pendant deux ans, à un instituteur libre, M. Per..., de Châteaudun ; puis, lorsque ses parents eurent regagné l'Angleterre en 1902, il était entré successivement dans une école primaire française et une école paroissiale anglaise. Enfin, en 1903, l'inculpé, étant de retour à Paris avec les siens, avait fréquenté dans cette ville, d'abord une école de frères, puis une pension du boulevard Arago. Dans la première de ces écoles où, de novembre 1904 au commencement de juin 1905, il avait été élève, on l'avait apprécié comme un esprit faible, d'une intelligence moyenne, et le directeur avait déclaré qu' « il lui avait laissé l'impression d'un être nonchalant, flegmatique et gauche, qui était la risée de ses camarades, bien qu'il fût bon enfant, mais qu'il avait mis sa simplicité d'esprit sur le compte de sa complexion délicate, car il était de grande taille pour son âge ».

La mère de Cor... n'ayant pas, à cette époque, réussi dans un commerce qu'elle avait fondé, songea alors à placer son fils et l'avait fait entrer, en septembre 1907 (il avait seize ans), chez un naturaliste de la rue de Londres, M. Cuv..., chez lequel il n'était demeuré que six mois (avril 1908), en raison d'une éruption cutanée qui lui survint et qui avait exigé un traitement d'un mois. M. Cuv... avait fait connaître que Cor..., pendant qu'il était à son service, lui avait donné satisfaction dans la mesure de ses moyens, et il avait ajouté qu'il lui avait paru être faible de caractère, facile à entraîner et très précoce pour son âge. Cor... lui ayant dit en outre (ce que l'inculpé m'avait déclaré être faux) qu'il fréquentait les fumeries d'opium, M. Cuv... lui aurait trouvé le visage pâle et l'air hébété des opiomanes.

Au mois de septembre 1908, sur la présentation de

©BIUM

son père, l'inculpé avait été accepté chez Mme Vve Isi..., rue Bleue, à raison de 1 fr. 50 par jour, pour battre les fourrures et faire les courses. Dans le courant de septembre, ayant demandé de l'augmentation que sa patronne avait voulu encore ajourner, il n'était plus revenu à l'atelier. Il avait donné l'impression, à celle-ci, d'un esprit faible et sans énergie morale, mais elle n'avait rien remarqué de particulier dans sa manière d'être. Sans doute, la mère de l'inculpée avait fait observer que « son fils avait eu la fièvre typhoïde en Angleterre ; que les médecins avait recommandé beaucoup de ménagements à son égard ; qu'elle avait remarqué chez lui des variations d'humeur lui faisant comprendre qu'il n'était pas équilibré comme les autres », mais c'étaient des allégations sinon suspectes parce qu'intéressées, du moins dépourvues de portée au point de vue de la démonstration de l'existence réelle chez lui d'un trouble de ses facultés mentales.

Après son départ de la maison Isi..., Cor... avait cherché en vain une occupation lucrative et, finalement, avait échoué, lui aussi, comme figurant au théâtre de la Gaîté, où il avait rapidement fait la connaissance de Ven... et de Rou... Le premier avait joui d'un certain prestige aux yeux de Cor..., car il aurait désiré lui donner le gîte et même la table chez ses parents si ceux-ci ne s'y étaient refusés. Quoi qu'il en soit, malgré les conciliabules auxquels il avait été mêlé, pendant le mois de décembre 1909, pour concerter l'expédition criminelle de Roussillon, Cor... était rentré chaque soir chez ses parents, rue de la Clef, jusqu'au 5 janvier suivant, date de son départ de Paris, et rien de probant dans ses antécédents personnels héréditaires n'avait pu être retenu pour conclure chez lui à une prédisposition à l'aliénation mentale.

*
* *

Possédant ainsi des données extrinsèques suffisantes pour aider au jugement qu'il s'agissait de porter sur les trois inculpés, faisons connaître ce que l'examen direct avait révélé sur chacun d'eux, en commençant par Ven...

CBIUM

Au point de vue physique, c'était un individu de taille élevée (1m77), bien proportionné et solidement musclé. Il avait les yeux jaune brun, légèrement enfoncés sous l'orbite, les cheveux châtain foncé, mais bas implantés sur le front. Son nez, un peu gros à son extrémité, n'avait pas l'orifice gauche sur le même plan que le droit : ses lèvres étaient d'inégale grosseur, la lèvre supérieure était plus saillante, et ses oreilles, très légèrement déformées, avaient leur lobule adhérent. Malgré ces défectuosités somatiques, on ne constatait chez lui ni voûte ogivale du palais, ni asymétrie cranio-faciale.

Habituellement rasé, Ven... ne portait qu'une moustache naissante ; son teint était légèrement coloré aux pommettes. Son thorax présentait une malformation, probablement congénitale, consistant en ce que la région sternale étant déprimée en dedans, deux saillies osseuses étaient symétriquement placées de chaque côté des articulations sterno-costales inférieures, mais cette déformation était dépourvue de toute signification particulière. Une lésion acquise se remarquait en avant de la poitrine du côté gauche à plus d'un travers de main (10 centimètres au moins) au-dessus du mamelon et au niveau du deuxième espace intercostal. Elle était constituée par une cicatrice ovalaire très nette, à grand axe orienté de haut en bas, mesurant environ 30 millimètres sur 12 dans sa plus grande dimension, révélant l'entrée dans la poitrine (le coup n'ayant pas été tiré à bout portant) d'un projectile dont l'orifice de sortie correspondait à la partie postérieure gauche de la poitrine, siège d'une cicatrice située à 6 centimètres en dedans et un peu au-dessus de la pointe de l'omoplate. Cette cicatrice, de la superficie d'une pièce d'un franc, était ronde comme elle et s'accompagnait d'une dépression centrale, indice de suppuration ancienne. Sur la cuisse gauche, dans sa partie antérieure et à l'union du tiers supérieur du fémur avec son tiers moyen, se remarquaient encore deux très petites cicatrices de plaies non pénétrantes que Ven... déclara résulter d'une imprudenee de chasse (?). Ces lésions acquises, aussi bien d'ailleurs que la malformation sterno-costale, avaient laissé indemne la robustesse de l'inculpé et il n'en avait pas moins été déclaré bon pour le service actif armé. Les organes génitaux

©BIUM

étaient normaux ; les testicules, descendus dans les bourses, étaient un peu petits. Il n'avait ni goitre, ni hernie, ni tatouage. L'auscultation n'avait rien décelé d'insolite du côté des poumons et du cœur. Les sens étaient intacts.

En résumé, Ven... n'était porteur d'aucun stigmate marqué de dégénérescence.

Au point de vue intellectuel, cet homme était assez bien doué et les preuves de son intelligence naturelle étaient manifestes. De plus, malgré sa paresse incarnée, aggravée de l'irrégularité et de la diversité de ses fréquentations scolaires, il s'exprimait facilement et clairement, dans un langage correct, et rédigeait une lettre sans faute d'orthographe. Sous ce rapport, son niveau d'instruction dépassait la moyenne. Au surplus, il avait été attaché, comme on l'a vu, en qualité de surveillant-expéditionnaire, aux travaux de construction des chemins de fer au Tonkin, et, bien qu'il était prudent de ne pas croire tout ce qu'il racontait, il paraissait sincère lorsqu'il disait que ses occupations d'alors consistaient à établir des calques, des planches de dessin, des rapports, etc... Quoi qu'il en soit, il était indiscutable que l'inculpé était assez intelligent et supérieur, sous ce rapport, à ses deux complices.

Au point de vue moral, il ne pouvait être davantage douteux que Ven... était un être que tous les éléments de la cause s'accordaient à présenter comme vicieux, menteur, cynique et dissimulé, et ce fut aussi mon opinion. De prime abord, avec sa figure de quasi-adolescent à peu près imberbe, sur laquelle il savait même répandre à l'occasion un air de candeur, Ven... pouvait donner le change et prévenir en sa faveur; mais la contraction visible de ses traits et la dureté immédiate de son regard, quand on contredisait ses affirmations audacieuses, avaient vite refoulé cette bonne impression. Au surplus, quand Ven..., je puis le dire déjà par anticipation, s'était cru loin de toute oreille indiscrète, il s'était, ainsi que ses deux complices, montré sous son vrai jour, ainsi qu'on pourra en juger plus loin.

Mais il nous semble superflu de nous attarder sur les défectuosités morales de cet homme, puisque aussi bien

©BIUM

l'ensemble de notre travail les mettra suffisamment en lumière, et j'arrive à l'examen du second inculpé.

Rou... était, lui aussi, un individu de haute taille (1m74), de forte musculature. Il avait les yeux gris bleu, les cheveux noirs, drus et circulairement bas implantés sur le front. Son crâne paraissait un peu aplati en arrière et disproportionné avec la face, qui était légèrement asymétrique, le côté gauche étant plus petit que le droit. Son nez, gros et dévié à gauche, offrait l'ouverture de la narine à gauche plus accentuée qu'à droite. Sa lèvre supérieure était épaisse, sa voûte palatine légèrement ogivale ; ses dents, cariées en grand nombre, étaient diminuées de deux à la mâchoire supérieure. Ses oreilles étaient déformées, à lobule adhérent ; la droite avait son ourlet irrégulier et ses sillons diminués. Son teint était blanc, son regard mobile et comme inquiet ; sa physionomie n'était pas sympathique dans son ensemble.

Ses organes génitaux étaient normaux. Rien de suspect à l'auscultation des poumons ou du cœur. Intégrité des réflexes. Les mains étaient courtes ; au pouce droit, la première phalange était ankylosée. Pas de trouble de la sensibilité. Les sens étaient intacts et il n'avait non plus ni goitre, ni hernie, ni tatouage.

Somme toute, Rou... était, des trois inculpés, le plus riche en stigmates de dégénérescence physique, bien que ceux-ci fussent encore d'une importance très secondaire.

Au point de vue intellectuel, l'inculpé était moyennement doué et, bien que son instruction eût été élémentaire, la compréhension naturelle ne lui faisait pas défaut, car il se rendait compte des abstractions. Il s'exprimait cependant avec moins d'aisance que Ven... et son langage était plus vulgaire.

Au point de vue moral, il avait la réputation d'être menteur, et son maître d'autrefois l'ayant signalé comme un entêté dissimulateur, je n'avais pas manqué de lui en faire l'observation, Rou... avait si mal contredit cette appréciation qu'elle semble bien fondée. De même, quand je lui fis remarquer que ses camarades du régiment l'avaient présenté comme un franc mau-

©BIUM

vais sujet, violent et débauché, il n'avait pas osé soutenir qu'on le calomniait, se contentant de dire qu' « il aimait mieux la boisson que les femmes ». Quand je l'entendis enfin se plaindre des difficultés de sa vie à Paris, en manière d'excuse à sa conduite criminelle, lui ayant fait observer que, bien avant d'entrer au régiment, il avait déjà cependant su largement assurer son existence et aurait pu avoir une vie honnête, l'inculpé n'avait su que répondre, sinon qu'il ne lui restait qu'à « en finir avec la vie ». Était-ce là un propos sincère exprimant, en quelque sorte, du regret de sa participation au crime de Roussillon ? Il était permis de n'en rien croire, la franchise étant une qualité qui faisait aussi bien défaut à Rou... qu'à Ven... C'est même pour cette raison que je n'avais pas cru devoir les interroger sur les circonstances du crime, certain d'avance que leurs déclarations seraient sujettes à caution.

Le troisième inculpé, Cor... (Henry), était un individu de taille encore plus élevée (1m82) que celle de ses acolytes, mais il était maigre, peu solidement musclé et, à coup sûr, d'apparence moins antipathique qu'eux. On avait pu relever dans son état physique les particularités suivantes : Il avait les yeux gris très foncé, légèrement affectés parfois d'un strabisme convergent ; ses cheveux noirs étaient abondants, mais leur basse implantation rétrécissait le front. La face était allongée dans le sens vertical et, quoique paraissant aplatie sur ses faces latérales, était sans asymétrie ; son crâne n'était pas davantage asymétrique, quoique l'occipital paraissait également un peu aplati. Ses oreilles étaient déformées et celle de droite implantée un peu plus en arrière que la gauche, mais leur lobule n'était pas adhérent ; une cicatrice linéaire de 2 centimètres environ de longueur (conséquence d'une chute à l'âge de trois ans) siégeait au niveau de l'angle naso-frontal gauche. La bouche était petite, la dentition assez bonne, mais la voûte du palais était en ogive marquée. La peau de la figure, blême, était parsemée de nombreuses taches de rousseur, accumulées surtout à la racine du nez. On en trouvait également sur certaines régions du corps, comme le bras droit, la région coccygienne. Les sens étaient intacts ; il n'avait pas de malformation des

organes génitaux et l'examen du cœur, des poumons et des réflexes était négatif. La sensibilité générale était normale. Il n'avait ni goitre, ni hernie, ni tatouage. En résumé, les tares physiques dont Cor... était porteur étaient peu importantes et fort peu nombreuses.

Au point de vue intellectuel, cet inculpé était certainement le moins bien doué des trois ; il n'avait, d'ailleurs, qu'une instruction assez rudimentaire et faisait, en écrivant, de très grossières fautes d'orthographe. Il ne s'était pas présenté à son certificat d'études et il était bien certain qu'il n'aurait pu l'obtenir. Jadis, il avait appris un peu d'anglais, mais il assurait qu'il avait presque tout oublié ce qu'il en savait. J'en avais profité néanmoins pour lui demander incidemment la signification du mot anglais « Mad » et, après qu'il m'eut répondu que cela voulait dire « toqué » ou « fou », je m'étais enquis de savoir si ses camarades anglais étaient aimables pour lui ; c'est alors que Cor... m'avait déclaré que ceux-ci l'estimaient beaucoup et ne l'avaient jamais taquiné ; qu'au contraire, dans les jeux sportifs, ils l'auraient plutôt pris pour chef et ne l'avaient jamais chiné (*sic*) ni appelé « Mad », tandis qu'à Paris, à la pension de la rue du Banquier, ses camarades l'appelaient « grande gigue », à cause de sa grande taille, et le plaisantaient en raison de la bizarrerie de son nom patronymique.

Bien qu'un de ses patrons, à Paris, n'ait pas voulu augmenter son salaire quotidien de 1 fr. 50, le jugeant suffisant, avait-il dit, pour les moyens (*sic*) de son employé, Cor... n'en était pas moins, c'est certain, d'un niveau intellectuel suffisant pour comprendre la portée de ses actes. Mais ce fut surtout au point de vue moral qu'il apparut moins taré que Ven... et Rou..., en raison de ce qu'il était faible de caractère, crédule et enfantin. A ce point de vue, il était certain qu'il avait dû être plus apte à subir l'influence d'un milieu malsain et à s'associer aux pires méfaits. Il avait, dans ses réponses, un sourire continuel qui ne paraissait pas affecté et c'était presque en riant qu'il m'avait dit qu'après le coup de Roussillon, il lui faudrait plus tard s'expatrier en pays étranger, ajoutant, sans m'avoir convaincu,

©BIUM

qu'il aurait mieux fait de « se ficher (*sic*) à l'eau » que d'y participer.

Toutefois, si Cor... nous avait donné ainsi l'impression d'être, dans l'échelle de l'amoralité, à un degré au-dessus de ses deux complices, il les distançait en cynisme par les propos graveleux et obscènes dont il avait la spécialité et l'initiative, ainsi que nous en rapportâmes la preuve.

(*A suivre.*)

©BIUM

Revue critique.

LES THÈSES DE MÉDECINE MENTALE

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE

1910-1911

Par le Dr Roger DUPOUY

I. — Henri Jamme. *Diagnostic sur l'état mental de Junot, duc d'Abrantès.* — L'aliénation mentale de Junot fut pour tous ses contemporains chose avérée ; mais quel en est le diagnostic exact, telle est la question que se pose M. Jamme et qu'il cherche à résoudre par l'examen critique des faits et des documents de l'époque. Les historiens, biographes et auteurs de mémoires du Consulat et du Premier Empire s'accordent, avec la duchesse d'Abrantès, pour attribuer la folie de l'ancien gouverneur de Paris aux nombreuses blessures qu'il reçut à la tête. En réalité, la symptomatologie particulière présentée par Junot, affaiblissement progressif des facultés intellectuelles, perte de l'auto-critique, actes incohérents, extravagants, contradictoires, inconscience manifeste de son manque de tenue, de correction, de pudeur, lourdes fautes professionnelles, prodigalités, érotisme exhibitionniste, poussées d'excitation intellectuelle à caractère démentiel, etc., tout plaiderait, d'après l'auteur, en faveur d'une paralysie générale ayant évolué chez un sujet de tempérament particulièrement nerveux et irritable, avec l'aide d'une syphilis très probable et de nombreux et graves traumatismes craniens.

II. — Louis Langlet. *Etude médicale d'une pos-*

©BIUM

session au XVI^e *siècle. Nicole Obry, dite Nicole de Vervins.* — Les possédées, les convulsionnaires sont nombreuses dans l'histoire du Moyen âge et il ressort des études médicales faites depuis nombre d'années à ce sujet, que tous ces cas relèvent de l'hystérie sous toutes ses formes. Mais à cette époque les idées religieuses qui sévissaient dans tous les milieux, aussi bien dans le peuple que dans le clergé et le monde médical, faisaient accepter de tous l'origine diabolique des convulsions. Toute convulsionnaire était possédée du démon et devait être exorcisée... lorsqu'elle n'était pas condamnée à être brûlée. M. Langlet a entrepris de démontrer que la « délivrance » de Nicole Obry, traitée de miracle par Pie V n'est autre chose que la guérison d'un cas d'hystérie convulsive et délirante classique, pareille à toutes celles décrites par les auteurs qui se sont occupés de cette passionnante question, Calmeil et Richer entre autres. Et il arrive aisément à son but, grâce aux rapports médicaux de l'époque consignés dans l'ouvrage de Jean Boulaeze.

A l'âge de seize ans, mariée depuis trois mois, Nicole eut une hallucination; son grand-père mort récemment lui apparut, lui parla, lui demanda des pèlerinages parce que mort soudainement et sans confession; d'où effroi, accidents convulsifs, puis croyance à la possession démoniaque et phénomènes d'automatisme pithiatique. Le Clergé prétend exploiter le cas pour démontrer la toute-puissance de l'Eglise et confondre les protestants : pratiques d'exorcisme, processions, cérémonies diverses, enfin guérison miraculeuse dans l'église de Laon après une séance des plus agitées.

L'histoire de Nicole Obry, ses attaques convulsives, ses contractures, ses paralysies, ses anesthésies, son amnésie, sa suggestibilité, sont d'une parfaite hystérique ou, comme l'on dit aujourd'hui, d'une pithiatique.

III. — Paul Boubée. *De l'influence psychique dans l'entérite muco membraneuse.* — L'association de troubles névrosiques et même psychosiques aux symptômes organiques de l'entérite muco-membraneuse a été reconnue depuis longtemps et peu à peu s'est dégagée des faits une nouvelle conception de l'affection. A côté

©BIUM

de l'*entérite muco-membraneuse à point de départ organique*, et dont l'existence ne paraît pas contestable, M. Boubée pense avec beaucoup d'auteurs modernes et non des moindres, les professeurs Déjerine et Dubois (de Berne) en tête, qu'il y a place pour l'*entérite psychique*, l'entéro-névrose ou mieux l'entéro-psychose, *à point de départ purement mental*, et c'est à cette dernière forme qu'il consacre sa thèse.

Les futurs entéritiques sont par leur constitution des « neuro-arthritiques », des « névrosés », c'est-à-dire des êtres éminemment *suggestibles*, *émotifs*, *irritables et fatigables* chez lesquels « la puissance de l'idée est assez forte pour créer de toutes pièces la sensation ». Vivant dans un milieu où la dilatation d'estomac et l'entérite sont à la mode, ils s'imaginent atteints à leur tour de la maladie si bien portée et font ainsi naître, en quelque sorte par leurs propres moyens, leurs crises d'entéro-colite muco-membraneuse, grâce à une émotion un peu vive ou à une auto-suggestion particulièrement intense, et à la faveur d'une constipation habituelle, chronique et j'ajouterai aussi... très bien portée.

Courageusement, audacieusement même, M. Boubée pose la question : *Le psychisme peut-il créer de toutes pièces l'entérite muco-membraneuse*? La réponse est simple. L'influence du système nerveux sur le tube digestif est considérable et primordiale, et l'on peut dire qu'il n'y a pas de cas de psychonévrose sans troubles digestifs. Mais ces troubles digestifs ne font que simuler, à s'y méprendre parfois, des désordres organiques. Et l'entéro-colite psychique n'est, en réalité, qu'une fausse entéro-colite. Les sujets de M. Boubée sont des *faux entéropathes* justiciables d'une psychothérapie bien conduite; ce sont aussi la plupart du temps, il ne faut pas l'oublier, des constipés chroniques qu'il faudra savoir amener à assurer le fonctionnement régulier de leur intestin, tout en parvenant à détourner leur attention de leur tube digestif et à écarter de leur esprit toute préoccupation hypocondriaque.

IV.— Charles Le Jemtel. *De quelques considérations sur les opérations multiples chez les névropathes et les aliénés*. — Sur l'initiative de M. Mauclaire, chirurgien, comme l'on sait, des asiles de la Seine, M. Le Jemtel a

©BIUM

recherché dans la littérature médicale les observations de sujets plusieurs fois opérés pour des syndromes d'origine psychopathique, afin de pouvoir conclure à l'influence sur leur état de ces opérations multiples réelles ou simulées. L'auteur aborde la question en face ; voici ses propres déclarations : « Le chirurgien opère *trop souvent sans même se douter de l'état mental de ses malades.* D'autre fois, il soupçonne bien l'état plus ou moins névropathique de son client; mais devant son insistance à réclamer l'opération, devant ses souffrances et l'inutilité de toutes les médications antérieures, il intervient cependant, espérant peut-être que la suggestion opératoire aura sur le psychisme de son malade une influence heureuse. Et c'est ainsi que des opérations successives réelles ou simulées, ont été plusieurs fois répétées chez certains de ces malades dont le psychisme seul ou à peu près était plus ou moins atteint. »

Ces opérés peuvent être rangés en quatre catégories : malades présentant des troubles névropathiques pouvant simuler des affections organiques (névropathes, hystériques, neurasthéniques, hypocondriaques) ; simulateurs, mythomanes, hystériques ou non ; malades obsédés par l'idée fixe d'une opération chirurgicale ou d'un mal imaginaire ; malades présentant le délire de possession animale. Chez les premiers, les opérations ne paraissent apporter aucun soulagement et l'on risque de voir le malade simplement hypocondriaque ou cénesthopathe se muer en persécuté-persécuteur et frapper à mort son chirurgien ; chez les simulateurs, c'est un désastre ; chez les obsédés, un échec ; chez les délirants à idée de possession animale, la récidive assurée et paroxystique du délire, avec en plus une pousssée de rancune persécutrice qui armera encore le bras de l'aliéné contre son illusionniste opérateur.

La conclusion, qui est également celle défendue tout récemment par Picqué au Congrès d'Amiens, s'impose donc éminemment logique ; mais je doute fort qu'elle soit mise de sitôt en pratique ; « il importe que le chirurgien, avant d'opérer, examine sérieusement l'état mental de ses malades, pour peu qu'il lui apparaisse le moindrement anormal; qu'il recoure même à l'aliéniste s'il le juge utile de façon à leur éviter des opérations

successives inutiles et quelquefois dangereuses, si elles n'ont pas agi par suggestion ».

Trente-deux observations accompagnent cette thèse dont certaines tout à fait instructives et pertinentes.

V. — Victor Branchu. *Physique et moral dans quelques maladies.* — L'auteur s'est proposé d'examiner l'influence réciproque du physique et du moral et cela par quelques exemples, rien qu'en feuilletant plusieurs livres de médecine... Effectivement, il m'a paru qu'il s'était contenté de « feuilleter quelques livres » glanant ici et là une citation plus ou moins en rapport avec le sujet et je comprends parfaitement que, dans son avant-propos, il s'excuse de ce que ce soit là « une chose facile » qui « ne demandera que peu de travail ».

VI. — Hippolyte Meljac. *De la kleptomanie dans la paralysie générale progressive.* — Ce travail est censé avoir pour but, après une étude rapide des kleptomanies pathologiques les plus fréquentes, d'approfondir les caractères particuliers des vols des paralytiques généraux, aux diverses étapes de la maladie. L'auteur, dans une première partie (4 pages 1/2) parvient à différencier la kleptomanie et le vol délictueux et à traiter la kleptomanie chez les épileptiques, chez les hystériques, dans la trypanosomiase (!) et dans différents états pathologiques ou physiologiques. Dans une deuxième partie (7 pages 1/2), il étudie la kleptomanie à la période de début de la paralysie générale, la fréquence des vols paralytiques, leurs caractères, leurs causes, etc. La troisième partie (2 pages) est consacrée à la kleptomanie à la période d'état de la paralysie générale. La quatrième partie enfin, considérations médico-légales, comporte tout uniment une page. L'auteur avait raison, dans son avant-propos, de parler de rapidité, mais il a eu tort de dire qu'il « approfondirait ».

VII. — André Théry. *De la psychiatrie d'urgence.* — A côté des nombreux problèmes que soulève l'étude approfondie de la psychiatrie et qui appartiennent au médecin spécialiste, il existe une véritable psychiatrie d'urgence qui rentre dans le cadre de la médecine générale. L'aliéné, en effet, peut attenter à sa propre vie et à celle d'autrui, et le médecin appelé d'urgence est non seulement responsable d'un malade en danger, mais

©BIUM

encore d'un malade souvent dangereux. D'autres fois enfin, c'est un problème médico-légal qui se pose et le rapport du médecin peut éviter la prison à celui à qui conviennent les soins de l'hôpital ou de l'asile. Cette thèse inspirée par le Dr Dupré a été faite en grande partie avec les matériaux de l'infirmerie spéciale du Dépôt, « ce carrefour où se croisent et se rencontrent toutes les formes des aberrations de la mentalité et qui représente le véritable quartier général de la folie à Paris ». L'auteur nous présente successivement les cas d'alcoolisme, de manie, de confusion mentale, d'épilepsie, etc., les épisodes aigus de la paralysie générale, les états dépressifs, délirants, etc., en nous montrant le caractère urgent de l'intervention médico-administrative et la modalité de la mesure à prendre.

VIII. — Malkiel Slepian. *Amnésie de fixation, sa valeur sémiologique et ses conséquences psychologiques.* — L'amnésie de fixation reconnaît deux ordres de causes : ou bien les impressions ne sont pas perçues, ou bien ayant été perçues, elles ne sont pas fixées par le sujet. L'amnésie est due tantôt à un manque d'attention par absorption de la conscience, tantôt à un défaut d'assimilation, tantôt à l'absence de l'activité mentale dans la stupeur, tantôt encore à la suppression fonctionnelle de la cellule nerveuse par un processus démentiel. Cliniquement, le syndrome de l'amnésie de fixation s'observe dans trois catégories d'affections : traumatiques, toxiques, organiques.

L'amnésie traumatique est une amnésie à début brusque avec une hémorragie cérébrale, une fracture du crâne, une contusion, une compression ou une commotion de l'encéphale, mais parfois aussi avec la simple émotion du traumatisme, le shock moral provoqué par celui-ci. L'énoncé est exact, mais les détails manquent.

Le chapitre destiné à l'amnésie de fixation dans les affections toxiques ne comprend que l'amnésie de la psychose de Korsakoff. J'avoue ne point comprendre cet exclusivisme : tous les états confusionnels, même ceux sans polynévrite, présentent un degré plus ou moins marqué d'amnésie de fixation et leurs causes sont nombreuses et variées. De même l'auteur ne parle à propos des amnésies de fixation dans les affections or-

©BIUM

ganiques que de la démence sénile et de la presbyophrénie de Wernicke (qui n'est en réalité qu'une forme légèrement différenciée de la démence sénile). Et les autres démences ? Et toutes les affections organiques de l'encéphale sans démence vraie ???

Il y aurait assurément bien d'autres choses à dire sur l'amnésie de fixation, sur ses variétés, étiologiques et ses formes cliniques ; mais pour être fixés sur ce point, il nous faudra attendre une nouvelle thèse, un peu plus complète.

IX. — M. René Bedel. *Les rapports des obsessions avec la psychose périodique.* — Reprenant les arguments fournis sur cette question par Deny et Charpentier, après les travaux de G. Ballet, Soukhanoff, Anglade, Arnaud, Kraepelin, Dupré, l'auteur cherche à ranger une partie des états obsédants parmi les manifestations cliniques de la psychose maniaque-dépressive.

L'étude clinique de la crise d'obsession met en évidence deux symptômes importants : la *nature périodique* du syndrome qui procède par crises, par accès, par paroxysmes ; le fond de *dépression mélancolique* et d'attente anxieuse sur lequel il évolue, qui existe avant l'apparition des manifestations obsédantes comme après leur disparition et peut même exister seul. Ce sont chez le mélancolique délirant et chez l'obsédé conscient, la même anxiété, les mêmes paroxysmes, les mêmes rémittences, les mêmes tendances impulsives, c'est aussi le même début par des manifestations d'insuffisance psychique, inquiétude, sentiment de dépersonnalisation, d'incapacité, de perception incomplète du monde extérieur. Non seulement, les symptômes qui forment le substratum de la crise d'obsession ont les plus grandes analogies avec les signes classiques des états de dépression et des états mixtes de la psychose maniaque-dépressive, mais la clinique nous montre encore entre l'obsession et l'accès périodique des relations de *concomitance, d'alternance et de succession* qui confirment nettement leur étroite parenté.

Le même terrain, d'autre part, l'instabilité permanente de l'humeur, la constitution cyclothymique de Deny, se retrouve à la base des manifestations classiques de la psychose maniaque-dépressive et des

©BIUM

états obsédants ; les petits circulaires sont aussi de petits phobiques et les cyclothymiques, des obsédés diversement oscillants. L'étiologie, les conditions héréditaires, les causes déterminantes sont encore les mêmes dans les deux affections, mélancolie et obsessions. Enfin, tous les auteurs, depuis Falret, admettent avec Pitres et Régis, Janet, Séglas, la transformation possible des états obsédants en états délirants ; or, ce qu'on observe le plus souvent est le passage de l'obsession à la psychose mélancolique, à la mélancolie anxieuse et gémissante ; *les idées morbides ne sont que la transformation délirante des anciennes idées obsédantes* et le délire systématisé secondaire des obsédés est en tous points analogue au délire systématisé secondaire post-maniaque ou post-mélancolique étudié par Anglade en 1899.

Toutes ces analogies psychologiques, cliniques, étiologiques et constitutionnelles autorisent l'auteur à émettre cette idée que obsessions et accès périodiques de la psychose maniaque-dépressive ne sont que les manifestations diverses d'un même déséquilibre de l'émotivité et d'un même trouble de la volonté, d'une même prédisposition psychopathique congénitale, en un mot de la même *cyclothymie*.

X. — Raymond Mallet. *Contribution à l'étude anatomique des démences. La démence neuro-épithéliale.* — Excellente thèse anatomo-pathologique. Etude de soixante cas de démence dite précoce dont plusieurs personnels. Exposé des travaux et des conceptions de Klippel et de ses élèves. Mise au point de la question des démences neuro-épithéliales opposées aux démences vasculo-conjonctives. Nous ne pouvons mieux faire, pour donner au lecteur une idée claire et précise du sujet, que reproduire une partie de l'Introduction :

« Les recherches histologiques qui se multiplient en même temps que la technique microscopique se perfectionne permettent de donner chaque jour plus d'importance au chapitre de l'anatomie pathologique en psychiatrie et d'éclaircir ainsi peu à peu les questions particulièrement délicates de l'étiologie et de la pathogénie des diverses affections mentales.

« En ce qui concerne la démence notamment, tout

©BIUM

le monde s'accorde aujourd'hui à dire avec Nissl qu'il n'y a pas de démence sans un substratum anatomique quelconque. Certes, une classification complète des démences basée à la fois sur les signes cliniques et les caractères anatomiques serait encore prématurée, du moins l'ancienne classification en démences vésaniques et en démences organiques demande à être remplacée par une formule nouvelle.

« Pour M. Klippel, la lésion fondamentale, à la fois condition pathogénique de la démence serait *la destruction des dendrites et des axones dans les points terminaux où ils assurent l'union et la synergie des éléments nerveux de l'encéphale.* La lésion, débutant au niveau des prolongements, c'est-à-dire de la partie la plus hautement différenciée de la cellule nerveuse, ne gagnerait le corps cellulaire que progressivement, et ainsi s'expliqueraient les lésions peu marquées qu'on rencontre dans certains cas de démence pourtant très accusée. Quoi qu'il en soit, la lésion de la démence est une lésion destructive de la cellule nerveuse, que nous essaierons de spécifier, non capable par conséquent de réparation, et bien distincte des lésions cellulaires d'ordre dynamique ou d'ordre dégénératif (lésions de chromatolyse), plus ou moins susceptibles de *restitutio ad integrum*, qu'on peut trouver dans certaines formes de délire aigu, de psychose toxi-infectieuse, de confusion mentale aiguë.

« En dehors des cas où cette lésion fondamentale est le fait d'une agénésie ou d'un arrêt partiel de développement comme dans l'idiotie, des processus divers, d'ordre toxique ou infectieux, peuvent y aboutir, mais suivant qu'ils la déterminent à l'état isolé ou qu'ils retentissent en même temps sur les autres éléments de l'encéphale, il s'ensuit un tableau anatomique différent. De là, la division des démences proposée par MM. Klippel et Lhermitte en démences neuro-épithéliales et démences vasculo-conjonctives suivant que les éléments neuro-épithélianx, c'est-à-dire les cellules nerveuses et la névroglie, sont seuls intéressés ou qu'il y a, en outre, réaction des tissus vasculo-conjonctifs, leucocytes, vaisseaux et méninges.

« Cette sorte de systématisation des lésions au seul

©BIUM

tissu d'origine ectodermique dans les démences neuro-épithéliales est en rapport, nous le verrons, avec une vulnérabilité particulière, congénitale, de ce tissu (psychoses constitutionnelles) ; un élément toxique ou infectieux, à action atténuée, lente, joue le rôle de facteur occasionnel sans léser le tissu mésodermique plus résistant. »

XI. — Auguste Hervé. *L'art.* 29 *de la loi du* 30 *juin* 1838. — Nous connaissons tous cet article 29 qui prévoit l'intervention du tribunal civil en vue d'examiner la situation de toute personne placée dans un asile d'aliénés, intervention pouvant aboutir à la mise en liberté immédiate par une décision prise en Chambre du conseil et non motivée. Or, cet article élaboré en vue d'empêcher la séquestration ou le maintien arbitraire dans un asile d'une personne non aliénée ou d'un aliéné guéri et de réprimer un abus possible de l'autorité médicale permet de soustraire l'aliéné aux soins qui lui sont dus, de l'exposer aux représailles de la société et surtout d'exposer à nouveau la société à subir ses actes désordonnés. Autant d'erreurs judiciaires possibles, fréquentes même aux dires de M. Hervé. Et, en effet, il fournit plusieurs observations où, malgré l'avis du médecin de l'asile, le tribunal civil mis en branle par un procureur passionné ordonne la sortie de malades manifestement incapables de vivre normalement au dehors et plus ou moins dangereux soit pour eux-mêmes, soit pour autrui, c'est-à-dire réinternables dès le lendemain de leur mise en liberté par application de l'article 29 de la loi de 1838. Cette petite thèse intéressante fait penser à l'*Homme mystérieux* d'André de Lorde et Alfred Binet.

(*A suivre.*)

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 29 JUILLET 1912

Présidence de M. SEMELAIGNE, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Dupouy et Rayneau, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Klippel, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre de M. Vieux-Pernon, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant ;

3° Une lettre de M. Guido Ruata, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre associé étranger.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Paraplégie spastique primaire par traumatisme spinal* ; — *Tumeur hypophysaire chez un aliéné*, par le Dr Salerni, de Vérone ;

2° *Der Zwiesinn*, par le professeur Stransky ;

3° *L'Enfance anormale*, numéro de juin 1912.

Rapport de candidature.

M. Sérieux. — Vous avez chargé une Commission composée de MM. Bonnet, Trénel et Sérieux de vous présenter un rapport sur la candidature de M. Lucien Libert, qui demande à faire partie de la Société en qualité de membre correspondant.

Interne des asiles de la Seine, licencié ès sciences,

©BIUM

membre correspondant de la Société de médecine de Gand, le Dr Lucien Libert a déjà publié d'intéressantes études. En 1909, il a consacré sa thèse de doctorat à *Un cas littéraire de délire d'interprétation : la Folie de Don Quichotte*. Dans ce travail, qui dénote chez son auteur un goût rare des recherches approfondies, un souci constant de la documentation précise et aussi un esprit critique avisé, le Dr Libert s'est efforcé de démêler les raisons pour lesquelles Cervantès a été particulièrement attiré par la peinture des psychopathes, d'extraire du roman l'observation primitive de l'aliéné et de montrer l'intérêt de *Don Quichotte* au point de vue psychiatrique.

Dans le domaine de la psycho-pathologie historique, nous devons encore au Dr Libert une étude sur *Jean-Jacques Rousseau devant la médecine contemporaine*.

D'un mémoire très complet sur toute la famille de Bernardin de Saint-Pierre, M. Libert a extrait, pour notre Société, l'histoire de *Saint-Pierre Dutailli*, frère de l'auteur de *Paul et Virginie*. Il a montré que ce fut non seulement un criminel, mais encore un anormal constitutionnel et un paranoïque dont les interprétations délirantes, les revendications ont un caractère nettement pathologique.

Au Congrès du Millénaire Normand, le Dr Libert a présenté une étude sur *les Sorciers de la Haye du Puis*. Il apparaît, du point de vue psychiatrique, que des deux protagonistes de l'affaire, l'un était atteint de psychose maniaque-dépressive, l'autre d'épilepsie. Dans une affaire analogue, celle des *Sorciers de Courdemanche*, la principale héroïne est un bel exemple de ce que M. Dupré a appelé l'auto-hétéro-accusation des hystériques.

Dans son travail sur *Simon Morin, régicide*, le Dr Libert nous a retracé l'histoire d'un fanatique inconnu et méconnu, qui, pour fonder une religion dont il se proclamait le grand chef, ne craignit pas de proférer contre le roi des menaces de mort et expia sur le bûcher, en 1663, ce crime de lèse-majesté.

En une série de mémoires parus au *Bulletin de la Société de médecine de Gand*, à *l'Encéphale*, au *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, aux *Archives d'Anthropologie Criminelle*, ou bien présentés

©BIUM

aux Congrès d'Amiens, de Bruges et de Cologne, le Dr Libert a étudié, en collaboration avec votre rapporteur, le rôle des prisons d'Etat en général et de la Bastille en particulier. L'examen psychiatrique des archives montre que la Bastille a, dans l'organisme social de l'ancien régime, rempli le rôle d'un asile de sûreté. A côté de victimes de l'arbitraire, de criminels d'Etat et de droit commun, il y avait à la Bastille des aliénés en proportion notable : les uns, présumés curables, y étaient mis pour leur éviter l'opprobre d'une maison d'aliénés ; les autres étaient des aliénés dangereux ou malfaisants ; quelques-uns, des aliénés « difficiles », transférés d'autres prisons ou couvents parce qu'ils étaient insupportables et avaient besoin d'une surveillance plus efficace. Parfois, c'étaient des délinquants dont l'aliénation d'esprit était quelque temps méconnue, ou qui, au cours de leur détention, avaient fini par présenter des troubles mentaux.

Mais il y avait surtout à la Bastille, et en proportion notable, des *anormaux constitutionnels*, des dégénérés, inadaptés au milieu social en raison d'anomalies variées du développement psychique. C'est cette proportion considérable de dégénérés malfaisants qui donne à la Bastille ce caractère *d'asile de sûreté* qui, si longtemps, a échappé aux historiens. La Bastille remplissait donc en réalité le rôle de prison préventive, de maison de correction, de maison d'aliénés, d'asile d'aliénés criminels et d'asile de sûreté. Il y aurait lieu de créer, à l'heure actuelle, des asiles de sûreté analogues pour les anormaux constitutionnels, les dégénérés antisociaux qui, bien qu'en « état dangereux », échappent cependant en vertu de leur « responsabilité atténuée » et à l'asile et à la prison, et qui poursuivent, impunément, leur carrière malfaisante.

Ces études si attachantes de psychopathologie historique n'ont pas fait négliger à M. Libert les travaux purement cliniques. Nous lui devons, en collaboration avec M. le Dr Trénel, *deux observations d'éruptions syphilitiques chez des paralytiques généraux* : l'une des malades présentait des cicatrices récentes d'éruption secondo-tertiaire ; la seconde, des syphilides crustacées du poignet et séborréiformes de la lèvre.

©BIUM

Une autre communication porte sur *deux cas de paralysie générale sénile*. L'une des deux malades, âgée de soixante-cinq ans, tient des propos et a une attitude maniaques : les idées érotiques dominent; fabulations considérables ; mémoire très infidèle. Les auteurs font remarquer, à propos de ces deux cas, le mélange complexe des symptômes de la paralysie générale et de la presbyophrénie.

Une malade de soixante-seize ans, présentée à la séance du 19 décembre 1910 de la Société clinique de médecine mentale (*presbyophrénie et épilepsie traumatique*), a fait, à cinquante-cinq ans, une chute grave sur la tête. Depuis, elle a eu des vertiges et un affaiblissement intellectuel progressif. Elle a de l'amnésie rétrograde et d'acquisition, de la désorientation, elle fabule et fait de fausses reconnaissances. Il est intéressant de constater le syndrome presbyophrénique comme psychose post-traumatique.

Avec M. Hamel et sous ce titre : *Rémission incomplète chez une paralytique générale*, M. Libert a publié l'histoire d'une malade offrant une curieuse dissociation des troubles mentaux avec une marche régressive de quelques signes importants (dysarthrie et idées de grandeur), intégrité des facultés syllogistiques et de la mémoire, mais diminution psychique se laissant entrevoir dans l'attitude apathique et dans les fautes commises par la malade dans quelques-uns de ses actes (travaux de couture absurdes, collectionnisme).

Un travail intitulé : *Syndrome choréique et tumeurs intradure-mériennes chez une alcoolique*, donne l'histoire d'une malade qui succomba par suite d'une chorée aiguë. A l'autopsie, on trouva deux tumeurs gauches et une tumeur droite intradure-mériennes, adhérant intimement à la substance corticale de la partie antérieure de la face orbitaire de la première frontale. L'auteur passe en revue, à ce sujet, l'histoire des tumeurs du lobe frontal dans les mouvements choréiformes.

Enfin, en collaboration avec M. Demay, le Dr Libert a retracé l'*Etude clinique d'une interprétatrice*. Il s'agit d'une malade qui présenta dès son jeune âge des signes de déséquilibration psychique. Après une longue vie d'aventures où elle demande au jeu ou au vice le plus

©BIUM

clair de ses ressources, et après avoir laissé partout où elle passe le souvenir d'une anormale, éthéromane, homosexuelle et kleptomane, destinée à finir par la folie, elle se fixe enfin à Paris, où elle ne vit que de proxénétisme et de galanterie. Elle en arrive à constituer un délire d'interprétation, et, après avoir assigné en justice de paix le chef de la police contre lequel elle professe des menaces de mort, elle est internée dans un asile ; là, elle ne tarde pas à englober dans son délire tous ceux que leurs fonctions amènent en contact avec elle.

L'histoire très caractéristique de cette interprétatrice est un document clinique qui mérite d'être retenu ; les commentaires des auteurs rehaussent encore l'intérêt de cette observation.

Enfin, le Dr Libert s'est intéressé aux questions d'assistance. Il nous a donné un compte rendu détaillé du Congrès de Cologne et de ses visites à l'asile d'aliénés criminels de la prison de Cologne, au *Reformatory* de Brauweiler et à la prison d'Aurath.

J'ajouterai qu'en un voyage d'études scientifiques, accompli durant l'automne et l'hiver derniers, M. Libert a parcouru la Grèce, la Turquie d'Europe et d'Asie, la Palestine, la Syrie et l'Egypte, et qu'au cours de cette mission il a réuni, souvent au prix de difficultés réelles, des renseignements sur les asiles en Orient, l'histoire de l'assistance aux aliénés, la psychiatrie comparée, les préjugés et les traitements populaires concernant les psychoses. Son rapport, dont il a bien voulu nous communiquer les bonnes feuilles, contient des aperçus et des documents de grande valeur.

J'en ai assez dit, Messieurs, pour marquer l'intérêt qu'attache votre Commission à la candidature de M. Libert. Les publications de notre confrère dans les divers domaines de la pathologie mentale, de la neurologie, de l'assistance et de l'histoire, disent les mérites du clinicien, de l'érudit et du lettré. Elles témoignent en particulier d'un goût très vif pour les études psychiatriques, goût servi par un sens critique exercé, par un souci constant d'approfondir avec exactitude, et par une culture générale très étendue.

Votre Commission vous propose, en conséquence,

©BIUM

d'accorder à M. le Dr Libert le titre de membre correspondant.

Conformément à ces conclusions, M. Libert est élu membre correspondant à l'unanimité des membres présents.

Démence précoce et folie périodique,

par M. TRÉNEL.

La démence précoce, quelle que soit la valeur que l'on donne à ce terme, quelque extension que l'on admette pour la forme morbide qu'il désigne, et la folie périodique, même au sens le plus large du mot, paraissent des espèces nosologiques non seulement distinctes, mais entièrement étrangères l'une à l'autre. Les caractères des troubles intellectuels et affectifs, la modalité des réactions motrices ou autres, la marche de la maladie, la terminaison en sont complètement différents. Et cependant cela n'est vrai que pour les cas types pouvant servir à établir le schéma de ces affections.

Dans la pratique, on rencontre des cas où, au contraire, la difficulté est grande de faire un diagnostic non seulement d'une façon précoce, mais même après une observation prolongée. Cette difficulté n'a pas échappé aux auteurs allemands, elle nous paraît par contre avoir peu attiré l'attention en France, ou du moins n'a guère donné lieu à des travaux d'ensemble (1).

Nous avons observé depuis plusieurs années un certain nombre de cas propres à soulever une discussion sur cette question.

Nous nous bornerons à trois observations qui nous paraissent typiques en leur genre et très comparables l'une à l'autre. Nous aurions pu en rapporter quelques-unes encore, mais nous craignons de compliquer inutilement la discussion par des cas plus complexes (2) sur lesquels nous reviendrons plus tard.

(1) Barbier. *Encéphale*, 10 mai 1912, p. 437. — Truelle. *Bull. de la Soc. clinique de mdecine mentale*, juin 1912.

(2) Nous avons, dans une séance antérieure (10 novembre 1911),

Ces trois observations ont trait à des malades qui, avec une évolution circulaire presque typique, montrent une série de manifestations stéréotypées à la façon des déments précoces, symptômes que certains n'hésiteraient pas à qualifier de catatoniques.

Nous dirons ici, en passant, que la confusion extrême qui règne sur cette question — et sur d'autres encore — dans la psychiatrie allemande est due en grande partie à l'extension excessive qui y est donnée au terme et à la notion de catatonie ; les aliénistes allemands ont peu à peu englobé dans la catatonie tout ce que Magnan a fait entrer dans la dégénérescence mentale et y ont encore ajouté.

Cas I. — J..., femme X..., entrée à l'asile de Maison-Blanche le 30 décembre 1907, à l'âge de quarante-cinq ans.

Antécédents. Grands-parents normaux. Père mort à soixante-dix-huit ans, très intelligent. Mère âgée de soixante-seize ans, encore très valide. Un frère mort tuberculeux, un frère mort de (?), très chétif ; une sœur mystique, morte de fausse couche. Deux frères bien portants. Tous très intelligents. Un oncle maternel mort tuberculeux aurait eu un transport au cerveau.

Une fille bien portante. La malade est de famille juive.

Toujours bien portante jusqu'à une fièvre typhoïde survenue en 1887 peu après son accouchement. A la suite, devient tout à fait incohérente, agitée, mais non violente ; elle reconnaissait l'entourage. S'améliore au bout d'un an. S'était amaigrie jusqu'à devenir squelettique.

Rechute au bout de dix-huit mois. Depuis, reste dans le même état qu'actuellement, mais a été plus agitée. Est peut-être plus calme depuis quatre ans. Elle a subi une ablation des annexes plusieurs années après le début de la maladie.

Depuis bientôt cinq ans que nous suivons cette malade, nous avons noté jour par jour sans interruption son état, en vue d'observer avec précision les alternatives de son humeur ; elle présente une alternance ininterrompue d'un état de forme maniaque et d'un état de stupeur.

Elle a deux attitudes principales invariablement les mêmes où sa mimique, ses propos se bornent à quelques éléments stéréotypés. De plus, elle présente souvent une phase interme-

---

présenté une note sur l'un de ces derniers cas ; l'observation ultérieure nous a fait réformer notre premier diagnostic de paranoïa aiguë.

©BIUM

diaire que l'on pourrait qualifier d'état mixte et qui participe des caractères des deux premières.

Phase stuporeuse. La malade est assise sur son fauteuil, le visage sans expression, immobile, muette ou marmottant d'une façon absolument inintelligible ou pour mieux dire imperceptible. Parfois, dit d'un ton geignant : « J'ai mal à l'estomac. » Elle gâte. Il faut la mener à table et la faire manger, ou bien elle mange gloutonnement.

Phase maniaque. Quand elle se réveille, elle se met à se faire et défaire continuellement deux petites nattes de chaque côté de la figure; se gratte les ongles d'une main contre l'autre; fait des mouvements de tête qu'on peut comparer à ceux des oiseaux, courts, brusques, s'arrêtant dans des positions penchées à droite ou à gauche. Puis, elle se met à déchirer tout son linge qu'elle met en charpie ou en lanières, qu'elle enroule de toutes façons et à toute demande répond : « Je travaille pour le Louvre et le Bon Marché. » Parfois ajoute : « J'y fais des corsages et des robes, j'ai 10 francs par jour. » Parfois elle fait une légère variante... « Je fais des épingles pour le Louvre... Quatre sous par épingle. »

Puis, sa figure s'éclaire, elle prend un air malin, quelquefois érotique et chante avec des gestes, des intonations et des sous-entendus de chanteuse de café-concert, les chansonnettes qui avaient cours il y a une trentaine d'années, telles que l'*Amant d'Amanda*; *J'ai un pied qui remue*; ou de vieux airs, comme *Le pont d'Avignon*, *etc.* Passant sans transition de l'une à l'autre.

Si on lui demande comment elle va : « Je n'ai plus mal à l'estomac, j'ai pris des pastilles de goudron du Dr Dehaut. Mes maux de gorge sont passés, j'ai mis du carbonate. M. Huchard m'a demandé : Avez-vous mal à la gorge, je lui ai dit : Donnez-moi du carbonate. » Ou bien encore : « Je suis guérie ce matin. Allez demander le Dr Viennel à l'hôtel du Hainaut. Bonne année. M. de Mechior est guéri. Il a pris un verre de quinquina dans la table de nuit. Vous avez une bonne figure. Donnez-moi la main. Si vous attrapez quelque chose en me la donnant, on s'en ira ensemble. » — « Je vais bien, j'ai pris une limonade purgative à quatre heures. J'ai écrit au Dr Prunel pour ne pas avoir un enfant qui remonte de l'estomac au cœur. Mon bœuf a digéré. » — « J'ai mal aux dents, je l'ai dit à M. Huchard, médecin de Saint-Louis. C'est un insolent. Il m'a insultée place Malesherbes, mon mari l'a souffleté. Ma mère n'est pas à ce biscuit près. »

Elle va, vient dans la cour, ou se traîne sur le sol; est malpropre, mange d'une façon répugnante, vole ses voisines.

Il est arrivé parfois qu'elle se livre à des colloques où elle

©BIUM

fait demandes et réponses avec deux voix différentes. L'une, d'une voix d'une petite fille méchante qui réclame toutes sortes de choses; l'autre, voix de la maman qui tâche de la calmer.

Un examen tant soit peu suivi pour déterminer son niveau intellectuel est impossible, elle ne répond que d'une façon paralogique (peut-être volontairement) ou plaisante d'une façon typiquement maniaque.

Par exemple, elle connaît parfaitement mon nom, mais elle s'amuse à le défigurer, à forger des noms à assonance analogue. Un jour elle m'accueille ainsi : « Bonjour Charles (je corrige : non, T...) Ah! Dr T... Il y a un T... à Nancy. Il vend des bergamotes. Il y a M. T... qui habite 3, rue de Commercy, à Nancy près de la gare. Il les vend trois sous pièce.

Depuis quand êtes-vous ici? — Six mois (faux).

Où étiez-vous auparavant? — A Beaujon (puis en plaisantant énumère Saint-Antoine, Saint-Louis).

Avez-vous été dans une maison de santé? — Chez M. Raffegeau. Nous y avons été dimanche dernier. Il m'a opérée sur un sofa. Je n'ai pas souffert. C'est au Vésinet (exact) à côté d'une épicerie... Non, il y a un herboriste. A New-York, près de Monaco.

Où est New-York? — Nice en Italie. Je ne me rappelle plus, il y a cinquante ans.

Dans un autre examen, 31 août 1911 :

Comment allez-vous? — Ça va bien, j'irai dimanche à la messe à la Trinité (elle est juive).

Depuis quand êtes-vous ici? — Depuis six mois.

Mais non. — Quatre ans.

Mais non. — Huit jours.

En quel mois sommes-nous? — Le 22 août.

Quel âge avez-vous? — Vingt-deux ans.

Mais non. — Vingt-deux mois.

Mais non. — Un jour.

Vous aimez plaisanter? — Non, monsieur, je ne plaisante jamais.

Où êtes-vous ici? — A Rebellières.

Mais non. — A Asnières.

Mais non. — A Paris.

Mais non. — A l'hôpital.

Lequel? — Beaujon.

Nous avons indiqué plus haut, qu'outre la phase maniaque et la phase stuporeuse, la malade présente parfois un état intermédiaire qu'on peut qualifier d'état mixte. Là, en effet, elle présente soit un facies mélancolique ou sans expression, un mutisme complet ou presque complet, en même temps qu'elle exécute quelques-uns des actes qui font partie de l'ensemble de

©BIUM

la phase maniaque, ou dit d'un air indifférent quelques-unes des phrases qu'elle y affectionne. Ces états mixtes durent peu, souvent un jour, quelquefois deux ou trois, représentant d'habitude, intercalée entre les deux phases, comme une transition de l'une à l'autre, ou parfois entre deux phases stuporeuses, comme une phase maniaque qui avorterait, faisant sur la courbe que nous présentons, une interruption brusque isolée ou répétée de la ligne de la phase stuporeuse.

Les écrits de la malade participent du caractère maniaque et du caractère démentiel. Les lettres sont grandes, paraphées, irrégulières, comme jetées sur le papier, souvent rendues illisibles par la rapidité de l'exécution qui empêche qu'elles ne soient formées. Les écrits sont absolument incohérents et fréquemment illisibles ; parfois avec des répétitions d'apparence stéréotypées.

« Ma chère mère,

« Je te de m'en là somme de 58.95 cent. inv 5 francs-centimes après a près sucre deu café et beurre œufs éclairs o chocolat à 3 tasse o café noir du pain du beurre trempée dans de le café une éclair o chocolat choux à la crème. Ma chère te remercie. »

A côté de cela, sur ma demande, elle écrit couramment à sa fille après avoir tracé quelques bâtons.

Mon cher fils,

Je t'écris de la maison de santé de maisons blanches ous je suis depuiss quelques temps pours mes soigners parces ques jes suiss souffrantes.

Comme elle avait oublié l'*s* de *je t'écris*, je le lui fais remarquer : elle corrige puis ajoute un *s* (que nous soulignons à presque tous les autres mots.

Cette malade, au premier abord, qu'elle soit dans une phase mélancolique ou maniaque, paraît si stéréotypée, qu'on n'hésite pas à faire le diagnostic de démence précoce. Mais les alternances sont si manifestes — sans être, il est vrai, régulières ni longues — et, quand on suit la malade, sa lucidité paraît si nettement beaucoup moins atteinte qu'elle ne le semblait d'abord, qu'on hésite fortement à décréter ce diagnostic, l'état alternant passant au premier plan du tableau clinique.

Cas. 2. — C..., femme S..., entrée le 3 mai 1905 à l'âge de dix-neuf ans.

Un oncle paternel a été aliéné. Est guéri.

Ses parents ne paraissent pas normaux.

A toujours eu un caractère acariâtre. S'est montrée difficile

dès son mariage. Accouchement normal, le 15 mars 1905. Trois semaines après, scène de jalousie à son mari, déclare qu'elle va retourner chez son père. Là, s'agite; on craint qu'elle ne se suicide. Elle est placée à l'Asile clinique, le 18 avril, avec le diagnostic : Délire mélancolique avec hallucinations, idées de persécution, frayeurs, violente excitation, insomnie, fièvre. (Dr Magnan). A son entrée à l'asile de Maison-Blanche, le 3 mai, on constate : excitation maniaque avec des idées confuses de persécution, actes désordonnés, propos incohérents, se déshabille, ne reste pas en place, s'alimente irrégulièrement, n'a aucune conscience de sa situation (Dr Boudrie).

Au moment où j'ai commencé à l'observer (juillet 1907), elle était calme, s'occupait régulièrement, était orientée, donnait l'impression d'une débile déprimée. Elle est reprise par son père en septembre 1907.

Dès sa sortie, elle va se faire arrêter au domicile de son mari qui vit en concubinage avec une autre femme, chez qui elle s'est rendue à 10 heures et l'a injuriée.

Période dépressive. — Elle est réintégrée quelques jours après et se montre silencieuse, renfermée, ne fait que des réponses monosyllabiques, garde une attitude hostile. Cependant elle s'occupe à la couture. (Durée, 3 mois.)

Période maniaque. — Le 21 octobre, elle s'agite brusquement à l'atelier, cherche à frapper, se montre exigeante, veut changer de draps sous prétexte que les siens sentent un drôle de goût; déjà, la veille, avait voulu changer de chemise sous le même prétexte, et de chaussons, parce qu'ils ne sont pas assez grands, exige une robe neuve qu'elle n'arrive pas à arranger à sa taille. Le lendemain, elle marche toute la journée droit devant elle. On est obligé de la passer aux grandes agitées pendant deux mois. (3 mois.)

Période dépressive. — Replacée dans un autre pavillon, elle se montre plus calme de nouveau; reste six mois sans presque prononcer une parole, accroupie dans un coin, déchire le linge, en confectionne des cache-corsets, des mouchoirs brodés, enlève les marques du linge, en dissimule dans son matelas qu'elle coud et découd; elle mange gloutonnement, chipe les aliments de ses voisines; n'est pas malpropre tout en étant négligée dans sa tenue. En juin, on découvre sur elle une échelle qu'elle a confectionnée en cordons de jupons. (6 mois.)

Période maniaque. — Elle s'agite, frappe ses compagnes, cherche à enfoncer les pouces dans les yeux d'une agitée (6 juin 1908). Elle reste des mois agitée, ayant souvent une allure maniaque, faisant des simagrées, restant échevelée, crachant par terre par dérision quand on l'interroge, faisant des réponses paralogiques ou ironiques. (3 mois).

©BIUM

Période dépressive. — En août 1909, elle se calme brusquement, on peut la replacer parmi les tranquilles, elle reste silencieuse, se montre docile, travaille assidûment, mais répond à peine ou évasivement quand on veut l'interroger. (3 semaines.)

Période maniaque. — Le 31 août 1910, excitation subite, menace ses compagnes ; le soir, se jette brusquement sur l'une d'elles et tâche de la suffoquer en lui enfonçant une pomme dans la bouche. Placée aux agitées, elle ne parle à personne, se lève brusquement, tire les draps des voisines, parfois prend l'une aux cheveux. (6 semaines.)

Période dépressive. — En octobre, elle est plus calme, s'occupe à des travaux de couture sans parler à personne. (4 mois.)

Période maniaque. — En février 1911, elle est très excitée, ne reste pas au lit, relève sa chemise avec des gestes orduriers, tire les cheveux à ses voisines, court d'un dortoir à l'autre, frappe les portes avec violence, secoue les lits. (3 mois.)

Période dépressive. — En avril, période dépressive, se cache sous ses draps, se tourne vers le mur quand on veut l'interroger. (1 mois.)

Période maniaque. — En mai, s'excite, dit au médecin qu'il l'effraie avec son vêtement blanc, qu'il est l'interne, puis qu'il n'est pas médecin, mais vétérinaire. (2 semaines.)

Période dépressive. — 8 mai. Elle est plus calme, commence à se lever, se tient très bien, cause avec ses compagnes, demande du travail pour avoir des douceurs. (1 semaine.)

Période maniaque. — 14 mai. Agitée ; il faut l'isoler. Tient des propos incohérents avec fuite des idées et de forme maniaque : « Cet échantillon, moi je n'ai point de repère ; je ne suis pas de la race des Turcos. Allez pour la manche, je n'invite pas la suite. J'en ai assez d'être cheval, ma sœur aussi. Je n'ai pas de clients, l'épicier est là. Je vous renifle, je ne me trompe pas, des bêtes comme ça ! Je tourne mon lit, il n'y a rien du tout. Un bateau pareil, je me raccroche à celui-là. Au secours ! Au secours ! » 17 mai : « Je me lève, je me moque de vous, je sais l'allemand, je suis ronde comme un cochon, bon stoppage, j'ouvre tout, c'est un voyage tout le temps. C'est en Espagne. Vous me téléphonez par mes os. Les os de mes amis. On va vous tignasser si vous approchez de moi. Il y a un ours pour me manger les jambes. Trois, il y a cinq doigts, vous n'obéissez pas. Vous voulez vous prévoir un coup de poing, dans ce temps-là ça ne valait rien. »

12 *mai.* « C'est comme si vous flûtiez, copiez vos dessins, vos journaux, avec quelle main et quel pied vous levez-vous le matin ? Vous ne l'aurez jamais. Chapeaux. Poignée de merde.

©BIUM

J'ai confiance au coq, au Congo. S'il faut vous dire, vous savez 43-45. Ça vous va bien. Tu es rien cul. Je suis devenue allemande par Piot. » (2 semaines.)

Période dépressive. — Du 29 juin au 6 juillet, période calme, s'occupe dans le dortoir, s'occupe du ménage, est toujours disposée à rendre service, parle peu. (1 semaine.)

Période maniaque. — Du 6 juillet au 8 août, agitation subite. (1 mois.)

Période dépressive. — Le 8 août, redevient calme, un peu déprimée, parle peu, s'occupe très activement, brode habilement, s'intéresse au service. (1 semaine.)

Période maniaque. — Le 16 août, agitation subite : « Et puis je m'en vais. Et puis vous ne m'aurez pas. Je vais crier gare aux coups de géographie. Virgule, un mouton deux yeux bleus. Et en reculant de deux. Ça ne vous boucherait pas un coup. Un bol. Le coup que vous me travaillez. Vous êtes trop bon pour les internes, le coup des internes. C'est Schiller, sauvez-vous. Le nombril est taché par votre nez. Ce n'est pas de la viande (elle crache). T. G. M. C. regarde donc que ça tache (éclate de rire), j'appuierai longtemps sur le bras là (s'appuie sur le médecin). » L'agitation dure deux mois, pour s'atténuer un peu jusqu'au 18 novembre. (2 mois.)

Période dépressive. — Du 18 au 25 novembre, période calme. (1 semaine.)

Période maniaque. Du 25 novembre au 14 décembre. — 30 novembre : « Toujours des petites questions géographiques. Allez, allez, cocu vous sentez mieux? Et celui-là! Je vous emmerde cul sans rallonge. Je ne déménagerai jamais. Si ma sœur est folle qu'elle y reste. Je t'attrappe par la tignasse et te traîne par terre. Mais moi moins bête, et pourquoi voulez-vous reprendre mon défi. Vous m'embêtez. Je vous fera plier en deux. Vieille boîte de cochon, un peu loufoque ». (3 semaines.)

Période dépressive. Du 14 décembre au 26. — 17 décembre : « Quand est-ce que vous allez me mettre à la porte, ferez-vous payer ma famille. Est-ce que mon mari est mort? Çà m'intéresse, car vous allez vous marier avec. Combien faut-il d'années pour accorder le divorce. Est-ce qu'il y a une loi? Puisque je suis malade je pensais qu'au bout d'un certain temps par exemple dix ans, le mariage était annulé et mon mari devenait libre. Laissez-moi partir chez ma sœur, car dans les écoles on vous change, mon père, c'est mon père nourricier qui a été très bon pour moi. Ma petite fille où est-elle? Ma belle-sœur s'en occupe sans doute à la campagne. Mon père ne sait jamais rien ». (2 semaines.)

Période maniaque. — Du 27 décembre 1911 au 3 février 1912 : « Et votre gueule; vous n'avez pas ma fille. J'inspecte parce

©BIUM

que vous avez trop bituré, vieille charogne. Pourquoi qu'elle vient? J'ai profité du premier bonnet qui s'abrite dans les bosquets. Et quand c'est des yeux crevés, il n'en faut plus, j'ai trouvé que votre connerie avait passé. Attendez, je n'ai pas vu maintenant le pognon ; après demain je vous fouterai sur la gueule, quand il n'en faut plus. Allez donc chien, l'empué qui pète du cul. Qu'est-ce que c'est que ça brodé ou cousu. Quand on boira un coup. A moi, j'ai pris l'Europe, race de jouisseurs, vous avez un bouton au cul. Vous volez tous les bouts de crayons maintenant. Je chicane tous ceux que je vois. Ça ne vous occupe pas, le fromage tout le long. J'en repiquerai pour vous emmerder... » Pendant cette période l'agitation est plus ou moins intense.

24 *janvier*. « C'est ça ma chère, rote les choux. Pourquoi que ça écume comme ça encore et toujours. Ça avait mis le feu dans votre liquide. Votre guibole c'est la richesse des nègres. . Et pour payer le pain ton chignon poète avait accusé mon père. Quel nom donner à un fourneau, oui, c'est brutal, oui cette Thevenot est de ma famille... Combien de sorte de monde. Je n'ai pas le temps de me resauver, espèce de cul en trompette ». (5 semaines.)

Période dépressive. — Du 3 au 11 février. (1 semaine.)

Période maniaque. — Du 12 février au 15 avril. (1 semaine.)

Période dépressive. — Du 16 avril au 7 mai. D'abord se tient obstinément cachée sous ses draps, puis les jours suivants commence à s'occuper à la couture. Parle plus. Déclare dans un des examens que ses parents ne sont pas les siens. Elle refuse les provisions que sa sœur lui apporte.

Elle sait qu'elle vient du sixième pavillon (grandes agitées), mais prétend ne pas se rappeler avoir été agitée, ni de l'époque où ses parents sont venus la voir, ni de la date actuelle, ni de l'époque de son entrée à l'asile. Elle sait seulement avoir changé de pavillon depuis quatre jours (exact)... : « Alors, je ne pourrai pas avoir ma sortie. » (3 semaines.)

Période maniaque. — Du 10 mai au 2 juin, s'agite subitement, crie au secours, fait des menaces : « J'ai vu des chiens mourir dans la nuit. Je pourrais bien enlever vos yeux. On pourrait aussi vous ramener du paquebot avec les Indiennes. » Se met à parler auvergnat... « J'ai du cochon dans la bouche. Quand vous êtes partie en guerre, vous avez fait du mal aux enfants de ma famille. Malgré, vous êtes bonne directrice. Ne mélangez pas les enfants des autres, surtout celui qui a la jambe malade. Vous avez la variole ». (3 semaines).

Période dépressive. — Du 2 au 29 juin. (3 semaines).

Période maniaque. — Depuis le 29 juin. Elle ne reste pas en place, bouche les W.-C., pousse des cris par moments. Se cache

©BIUM

dans ses draps, parle auvergnat. Va au lit des voisines, les menace, tire leur drap. Crie à une malade tranquille : « Ne bouge pas je vais te crever la gueule. »

Cas. III. — L..., femme R..., ménagère, entrée à l'asile de Maison-Blanche en 1904, à l'âge de trente-deux ans.

Antécédents. — Père buveur, mort à cinquante ans. Mère morte hydropique. Tante morte à quatre-vingts ans, était devenue folle dans sa vieillesse. Frère et sœur bien portants.

Six grossesses, une fausse couche, une fille bien portante, trois fausses couches de trois, quatre et sept mois, une fausse couche de quatre mois, quatre mois avant son internement; n'a jamais cessé d'avoir du lait après le sevrage de sa fille.

En 1898, six ans avant son entrée, a eu à la cuisse une croûte qu'on a soignée à l'hôpital Saint-Louis comme syphilis par l'iodure de potassium, mais elle n'a pas suivi le traitement, cela a duré trois mois. Elle n'a pas eu d'autres accidents.

Depuis quelques semaines, son caractère changeait; pleurait beaucoup sans motif. Elle a une discussion avec une parente, puis il y a eu drame dans la rue, qui l'a effrayée. En rentrant, son mari la trouve singulière, elle croit voir son frère dans le bureau. Elle a peur de tout, crie à l'assassin au milieu de la nuit. Son mari a dû requérir un agent pour la mener au poste. Le diagnostic porté est : délire mélancolique avec hallucinations extrêmement actives. Raptus panophobique. Divagations à forme onirique. Idées de persécution. On veut l'empoisonner, l'assassiner, etc. Insomnie (Dr Garnier). Délire mélancolique avec idées de persécution et excitation par intervalles paraissant provoquée par des troubles hallucinatoires. Insomnie. Réponses confuses, incohérentes (Dr Boudrie).

D'après les renseignements rétrospectifs que nous avons recueillis, elle eut depuis son entrée des alternatives de calme et d'excitation, la période calme durant dix jours environ. Dans les périodes d'agitation, elle déchirait ses vêtements, était malpropre, gâteuse, n'avait aucune pudeur, chantait d'une façon incohérente, se faisait des contusions en se frappant la poitrine, en se pinçant la peau, était parfois presque inabordable : pendant plus d'un an, son mari ne put la visiter, elle ne reconnaissait personne, insultait l'entourage.

Dans les périodes calmes, elle était facile à soigner, s'alimentait bien, mais ne s'occupait pas, n'avait pas de conversation suivie, ne s'intéressait à rien, ne se liait avec aucune malade. Les règles sont restées normales.

Depuis que nous l'observons, son état est absolument le même.

Période d'agitation. — La malade a un air taciturne, hostile, puis agressif, elle frappe une voisine sans motif, s'enroule

©BIUM

dans ses draps ou saute tout d'un coup hors de son lit; elle s'agite rapidement de plus en plus, déchire tout, gâte par terre, s'extrait du rectum ses matières, s'en barbouille ou les lance sur les murs ou au plafond; elle chante, crie et l'on est obligé, par prudence pour ses voisines, de l'isoler. Elle se met complètement nue, se précipite aveuglément sur quiconque l'approche et frappe, elle s'alimente à peine, ne dort pas. On n'obtient d'elle aucune réponse ou quelques mots incompréhensibles.

Après quelques alternatives, elle se calme assez vite, ne déchire plus, reste couchée sur sa paillasse, consent à donner la main, sourit quand on lui parle, commence à s'alimenter. On peut alors la replacer dans le dortoir.

Période calme. — Elle commence à s'occuper du ménage, répond toujours brièvement quand on lui parle, paraît orientée dans le service. Voici l'un de ses interrogatoires (10 mai 1911). Les réponses sont presque monosyllabiques, faites presque à voix basse :

Comment allez-vous? — Je me trouve assez calme.

Vous avez été turbulente? — Ah bien! c'est la fièvre qui fait ça.

Depuis quand êtes-vous ici? — Dix-huit mois à peu près.

En quelle année êtes-vous entrée? — Je ne me rappelle pas.

Quel âge avez-vous? — Trente-deux ans.

Quelle est votre date de naissance? — 1872, 4 avril.

A quel âge vous êtes-vous mariée? — A vingt-deux ans.

1872 + 22 combien cela fait-il? — 1876.

N'êtes-vous pas entrée en 1894? — Oui.

Avez-vous des enfants? — Oui.

Combien? — Un.

Comment s'appelle l'enfant? — Jeanne.

Qui vous visite? — Mon mari.

Souvent? — Tous les quinze jours (en réalité, toutes les six semaines).

Vous en êtes contente? — Oui.

C'est un bon mari? — Il est très gentil.

Et votre fille? — Aussi.

Quel âge a-t-elle? — Douze ans.

Vous n'êtes pas bavarde? — Oui.

C'est votre caractère? — Oui (elle sourit).

A quoi pensez-vous toute la journée? — Quelquefois je dors, ça fait passer le temps.

Quel est mon nom? — T.....

Que suis-je? — Le docteur.

Et cette dame (la surveillante en chef)? — Je ne la connais pas... elle vient tous les jours.

Comment savez-vous mon nom? — Il y a des personnes qui le disent.

©BIUM

Et cette dame (la surveillante en chef)? — Je ne sais pas.

Ne s'appelle-t-elle pas Mme C...? — Ah! oui.

Et cette demoiselle (la sous-surveillante)? — Je ne connais pas son nom.

La connaissez-vous? — Quand elle vient dans la salle.

N'allez-vous pas dans d'autres salles? — Oui, dans les chambres (chambres d'isolement).

Pourquoi y allez-vous? — Des fois quand on va au bain (exact) ou n'importe.

Et puis? — Quand on n'est pas très gentille.

Interrogée sur son métier, elle répond assez bien : « Un matelas revient à 40 francs, la laine coûte 4 francs, le crin 6 francs le kilogramme. On les abîme beaucoup plus en les travaillant à la machine qu'à la main. » Ses notions historiques ou géographiques sont des plus faibles : La capitale de l'Allemagne est Saint-Pétersbourg, Berlin est aussi en Prusse, la capitale de l'Angleterre est Londres, celle de l'Italie, elle ne se la rappelle pas, puis dit Turin. Elle ne se rappelle pas la guerre de 70, elle ne sait pas qu'elle a eu lieu contre les Prussiens.

Ses calculs sont très fautifs.

Il y a un manque considérable d'attention, mais cela est variable suivant les moments, c'est ce qui donne lieu à des résultats différents suivant les examens : tel jour, elle ne peut dire mon nom, tel autre elle nomme sans hésiter les personnes du service qu'elle déclare ne pas se rappeler un autre jour. Elle parle sans émotion de sa fille, elle sait cependant qu'elle est venue la semaine précédente au moment de sa première communion; tel jour dit être ici depuis dix-huit mois, tel autre sait avec exactitude y être depuis huit ans, à la suite d'une couche, puis divague sur cette idée : « Après cet accouchement, ça va faire des recherches à Baudelocque (la clinique obstétricale). — Qu'est-ce que Baudelocque? — Pour les enfants, pour les militaires, pour le tirage au sort, les premiers enfants qui viennent comme ça... »

Elle dit souvent des divagations de ce genre (exemple, 29 avril 1912) :

« Pour les enfants du bureau de placement du Chose, je ne sais pas. Il y avait la troupe, l'infanterie, la cavalerie; c'était l'enfant de l'assistance. Ici, c'est une maternité. Je viens pour les enfants qui sont morts et qui ne le sont pas. Vous savez, ça arrive, les personnes des classes naturellement, il y a le presbytère. C'est de Paris, ça se passera, ça se guérira... Si vous avez des matelas, je m'y connais, je m'occupe un peu à la couture, c'est très fatigant. »

Nous pourrions reproduire des pages de propos analogues, incohérents, monotones, dits avec conviction; généralement,

©BIUM

ces monologues précèdent la phase d'excitation. Celle-ci éclate presque subitement, et, dès le début, la malade commet des violences : elle a failli étrangler une infirmière.

Dans la période d'agitation, elle maigrit considérablement et reprend dans la période calme.

A noter qu'elle a eu en 1911 un othématome.

Dans les périodes calmes, elle écrit d'une façon lisible une lettre qu'elle écrit relativement correcte pour son instruction, mais avec des répétitions qu'on pourrait considérer comme stéréotypées, mais qui ne sont peut-être que dues à la débilité mentale, à l'inattention, au défaut d'instruction. Elle la termine par une phrase qui manifeste un certain sentiment de sa situation (nous corrigeons uniquement les fautes d'orthographe).

« Je vous écris ces quelques mots pour vous dire que vous avez ou je remercie bien de vos soins, vous serez bien aimable de penser à moi qnand vous aurez du... travail... Je ne sais que vous dire pour le moment... Tant qu'à mes enfants, je voudrais bien pouvoir aller au travail si vous seriez bien aimable de penser à moi. Votre toute dévouée qui pense à vous qui si aimable et charitable... Si vous avez du travail de matelas, ou bien vous serez aimable de penser à me faire avoir du réconfort... pour ma santé pensez à moi, n'est-ce pas vous qui savez et qui connaissez ce que c'est de la souffrance et la misère et l'ennui. Votre dévouée. A. L. »

La copie est assez correcte ; souvent elle copie partiellement et irrégulièrement en imprimé.

Dans la période d'agitation, elle couvre des pages de griffonnages et d'arabesques.

L'état est stationnaire depuis huit ans.

Nous avons cru devoir donner d'une façon un peu détaillée l'histoire de nos malades telle que nous avons pu la reconstruire, en partie d'une façon seulement rétrospective malheureusement, et le tableau clinique tel que nous l'observons depuis plusieurs années. Nous résumerons ces trois cas en quelques mots.

Premier cas. — Femme de quarante-cinq ans, observée depuis 1908. Un accès de délire de nature indéterminée en 1887, à vingt et un ans ; guérison en quelques mois ; rechute dix-huit mois après, et depuis, état qui paraît être analogue à celui que nous observons aujourd'hui. La malade passe par des alternatives d'excitation et de dépression durant quelques jours, parfois un seul jour ; dans chaque phase, elle se livre à des actes stéréo-

©BIUM

typés toujours les mêmes pour chacune des phases. Les phases d'excitation sont de forme maniaque avec des traits rappelant la démence précoce, les phases mélancoliques sont presque stuporeuses ; parfois il existe de courtes phases qu'on peut qualifier d'états mixtes. On ne peut affirmer ici la démence, la malade faisant presque uniquement des réponses maniaques.

Deuxième cas.— Début à dix-neuf ans, un mois après l'accouchement, par une agitation presque subite ; entrée à l'asile de Maison-Blanche en 1905 ; depuis que nous l'observons (1907), elle présente une alternance d'états maniaques avec certains traits rappelant la démence précoce, et d'états mélancoliques.

Troisième cas. — Début à trente-deux ans, par un accès anxieux, puis agitation violente, durant un an ; depuis 1904, elle a des alternatives d'agitation extrême durant plusieurs semaines où elle déchire tout, est presque inabordable, et de calme relatif avec état dépressif, où l'on obtient d'elle quelques réponses brèves, souvent inexactes ; dans ce cas la démence semble manifeste.

La difficulté du diagnostic chez ces trois malades est augmentée par la quasi-impossibilité d'un examen psychologique même élémentaire, impossibilité due, soit à l'agitation, soit à la stupeur. Cependant les aspects cliniques sont, semble-t-il, suffisants pour que nous puissions nous faire une idée approximative du fond intellectuel. Or, chez toutes, sous un déficit en apparence profond, on voit surgir des éclairs d'intelligence, de mémoire tout au moins, qui donnent des doutes sinon sur la réalité, du moins sur l'intensité de cette déchéance.

Chez toutes ces malades, — si l'on ne peut manquer au premier abord de faire d'une façon ferme le diagnostic de démence précoce, — une observation prolongée, en montrant des alternances reproduisant un véritable cycle circulaire (ou maniaque-dépressif) avec reproduction constante des caractères de chaque accès, fait naître un doute sur le diagnostic.

A l'heure actuelle on ne peut faire que des hypothèses ; on sait que Kahlbaum avait dès le début consi-

©BIUM

déré la catatonie comme une maladie cyclique (1), et, de fait, la démence précoce actuelle montre souvent des alternances dans son évolution ; mais les trois cas que nous donnons présentent plus que des alternances ; ils ont une forme réellement circulaire.

Doit-on, revenant à l'opinion catégorique de Morel, considérer les phénomènes de périodicité comme des manifestations tout à fait générales et communes de la dégénérescence, ce qui serait la négation de toute la folie périodique en tant qu'entité morbide ; ou bien doit-on voir dans ces cas des psychoses combinées résultant de la coexistence de deux maladies ; ou enfin ne sont-ce que des formes plus ou moins atypiques de la démence précoce?

Nous ne faisons que poser le problème, en rappelant que diverses écoles allemandes se reprochent mutuellement d'étendre abusivement la notion de démence précoce aux dépens de la folie maniaque dépressive et inversement, ce qui montre bien la difficulté d'une solution, et la nécessité d'une étude approfondie de ces faits en raison de l'importance du pronostic immédiat.

Bleuler tout récemment, dans son important travail sur la schizophrénie — terme nouveau qu'il a proposé pour dénommer la démence précoce et états voisins — ne fait-il pas ce reproche à Willmans et à Dreyfus?

Mais lui-même n'encourt-il pas le blâme inverse en étendant outre mesure la démence précoce au point qu'il y englobe une foule de cas qui pour nous sont disparates? — Mais nous ne voulons pas insister sur le côté historique de la question que nous nous proposons d'exposer ultérieurement.

Nous signalerons cependant l'essai de diagnostic que Stransky donne dans son travail sur la folie maniaque dépressive du traité d'Aschaffenburg.

Nous n'avons pas besoin de rappeler le volumineux ouvrage de Urstein (2) qui date de trois ans déjà et

---

(1) Il faut d'ailleurs remarquer que les observations de Kahlbaum, si l'on se donne la peine de les lire attentivement, ne répondent pas toutes entièrement à sa description clinique, loin de là ; mais on serait malvenu d'en faire un reproche à ce précurseur.

(2) Urstein adresse à Willmans et Dreyfus la même observation que Bleuler.

©BIUM

qui a le premier, croyons-nous, tenté de codifier la question, tentative qui l'a, ce nous semble, conduit à des conclusions presque négatives.

Devrons-nous en rester à sa phrase décourageante, que les critères actuels de diagnostic différentiel des psychoses fonctionnelles sont bien faillibles, et renoncer à différencier des types cliniques tels que ceux qui font l'objet de la question que nous posons ?

Nous avons voulu seulement présenter aujourd'hui des cas concrets comme base à la discussion.

DISCUSSION

M. Vigouroux. — Aux intéressantes observations de M. Trénel, je puis comparer celle d'un jeune sujet qui a été suivi de quatorze à vingt et un ans, par M. Blin et par moi, à la colonie de Vaucluse. Ce malade présentait au début des alternatives régulières d'excitation et de dépression, avec des périodes de calme, et notre premier diagnostic fut celui de folie périodique. Bientôt les périodes de calme furent plus courtes, l'affaiblissement intellectuel fit son apparition et nous avons pensé qu'il s'agissait d'une démence précoce hébéphréno-catatonique ayant présenté une évolution anormale.

Il y a donc des cas où le diagnostic entre la folie périodique et la démence précoce est réellement difficile ; mais il faut savoir se garder de faire un diagnostic ferme trop tôt ; chez certains malades, à la fois excités et légèrement confus, on est parfois tenté de croire à une démence précoce qui n'existe pas.

M. Deny. — L'intérêt des observations de M. Trénel n'est pas niable ; mais il ne faudrait pas les considérer comme des arguments contre l'existence de la démence précoce ou de la folie maniaque dépresssive : si l'on prenait les graphiques de tous les déments précoces hébéphréno-catatoniques, on obtiendrait souvent des résultats très comparables à ceux que M. Trénel nous présente aujourd'hui. Il ne suffit pas, pour faire un diagnostic, de constater des alternatives d'excitation ou de dépression, il faut encore analyser le fonds mental du sujet, les caractères propres des accès expansifs et dépressifs pour se rendre compte que l'on se trouve en présence tantôt d'une démence précoce, tantôt d'une

©BIUM

folie maniaque dépressive. Qu'il existe des cas où le diagnostic hésite, cela est incontestable; ce n'est pas une raison pour rejeter de la classification psychiatrique deux affections dont l'étude approfondie a constitué un réel progrès, tant au point de vue de la pratique qu'à celui de l'enseignement.

M. Colin. — Je me demande, au contraire, si la constitution de synthèses hâtives, orientées autour de quelques symptômes dont la valeur pronostique n'est pas absolue, n'est pas propre à rendre plus difficile la pratique psychiatrique et moins précis l'enseignement des maladies mentales. Kraepelin lui-même a beaucoup modifié sa conception de la démence précoce.

M. Deny. — On fait souvent allusion aux changements d'opinion de Kraepelin sans les avoir personnellement relevés dans ses œuvres. Tenons-nous-en à l'observation des malades; celle-ci ne nous conduit-elle pas à considérer la démence précoce comme une maladie ayant, d'habitude, une évolution qui nous permet de porter un pronostic?

M. Colin. — L'affaiblissement intellectuel rapide n'est pas douteux, chez certains sujets jeunes, hébéphréniques; mais je crois qu'il ne faut pas se hâter de porter un pronostic sombre à cause de la constatation, chez un malade, d'un certain nombre de symptômes catatoniques.

M. Deny. — Si vous admettez la réalité de la démence hébéphrénique, nous ne sommes peut-être pas loin d'être d'accord.

M. Arnaud. — Je crois, comme M. Colin, qu'il ne faut pas superposer la démence précoce et le syndrome hébéphréno-catatonique.

M. Pactet. — Les catatoniques, en effet, ne sont pas toujours des déments.

M. Deny. — Peut-être, comme cela arrive souvent, ne nous entendons-nous pas sur le sens du mot démence.

M. Trénel. — Je crois que la discussion s'élargit de manière excessive. J'ai admis, comme un postulat, l'existence de la démence précoce et celle de la folie périodique; peu importe la question de terminologie.

M. Pactet. — La terminologie est, au contraire, très importante.

©BIUM

M. TRÉNEL. — Peu importe, aujourd'hui, si vous voulez, la discussion sur la valeur des termes; il y a des malades que nous considérons aisément comme des déments précoces, et d'autres que nous considérons aussi aisément comme des périodiques. Dans quelques cas, le diagnostic différentiel devient très difficile; et, à cette occasion, je vous demande quels rapports peuvent exister entre les deux affections.

M. DENY. — Le plus souvent, qu'observons-nous? Des malades jeunes, qui entrent deux ou trois fois à l'asile pour des troubles mentaux divers et qui, dans l'intervalle, peuvent être rendus à leurs parents, parce qu'une amélioration considérable s'est produite. Cependant, à la troisième entrée, on a noté plus d'indifférence, de négligence de la tenue; l'internement se prolonge et c'est l'effondrement intellectuel définitif. Or, ces malades passent par des alternatives d'excitation et de dépression. On observe chez eux des rémittences. Pourtant, on n'hésite pas à les considérer comme des déments précoces. A côté d'eux, il existe des sujets comme ceux de M. Trénel, sujets chez lesquels les phénomènes d'excitation et de dépression attirent l'attention au point que le diagnostic est longtemps en suspens, mais ils sont l'exception.

M. TRÉNEL. — Ces malades sont assez nombreux, au contraire, et je les observe de plus en plus fréquemment depuis que mon attention est attirée vers eux.

M. DENY. — Ils ne constituent pourtant qu'une minorité, et le plus souvent le diagnostic entre la démence précoce et la folie maniaque dépressive est possible, malgré les alternatives d'excitation et de dépression qu'on observe chez les déments précoces.

M. ARNAUD. — On observe aussi des alternatives d'excitation et de dépression chez les paralytiques généraux, chez les délirants chroniques; l'alternance de l'humeur est fréquente chez les aliénés, et c'est à cause de cela que Morel n'a jamais voulu souscrire aux conceptions de Baillarger et de Falret sur les psychoses périodiques et circulaires.

M. VIGOUROUX. — L'alternance ou la périodicité avec les caractères de régularité qu'on observe dans les folies périodiques ne sont pas du domaine de la démence

©BIUM

précoce, et c'est pourquoi je n'ai pensé devoir citer qu'un seul cas de mon observation pouvant être comparé à ceux de M. Trénel.

M. DENY. — Il y a pourtant des irrégularités et des surprises dans l'évolution de certaines psychoses maniaques dépressives.

M. ARNAUD. — Je considérerais plus volontiers comme des périodiques que comme des déments précoces les malades présentés par M. Trénel.

M. TRÉNEL. — Encore une fois j'admets la réalité des deux affections ; les cas que je vous soumets sont ceux qui m'embarrassent.

M. PACTET. — Dans de tels cas, il ne faut pas faire de diagnostic et partant de pronostic ; notre devoir, vis-à-vis des parents des malades, est de dire — ce qui est l'expression de la vérité — que nous ne savons pas comment l'affection évoluera.

M. TRÉNEL. — Il est évident que notre embarras est parfois très grand. A propos de ce que disait M. Deny tout à l'heure au sujet de Kraepelin et des hésitations qu'on prête trop aisément à cet auteur, je désire citer une expression de Kraepelin qui n'est pas un « on dit » de Congrès mais que j'ai lue dans une de ses œuvres : « La démence précoce, a-t-il écrit, c'est la bouteille à l'encre. » N'est-ce pas l'aveu de son incertitude ?

M. DENY. — Il n'en est pas moins vrai que dans la majorité des cas le diagnostic clinique de démence précoce est possible et que les cas comparables à ceux présentés aujourd'hui par M. Trénel sont l'exception.

M. TRÉNEL. — Ils ne sont pas très rares.

La séance est levée à 6 heures.

Les secrétaires des séances,

J.-M. DUPAIN et P. JUQUELIER.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale.

Séance du 20 *mai* 1912.

I. — *Trois déments précoces. Présentation de malades.* — *M. Legrain* présente trois malades pour servir à l'étude de la démence précoce si controversée. L'intérêt que présentent ces malades dans l'ensemble réside dans ce fait qu'ils ont été observés par le même médecin pendant de longues années consécutives (seize, douze et vingt-quatre ans).

Le premier, après plusieurs accès nettement intermittents (fonds de déséquilibre ancien), a organisé un délire de persécution très systématisé qu'il a extrait des reliquats hallucinatoires de son accès. Depuis lors, ce délire s'est constitué de plus en plus jusqu'au jour où les idées délirantes ont commencé à se disperser et le malade est devenu franchement maniaque, ce qu'il est encore à l'heure actuelle. Quand on suspend son débit, il est aisé de reconnaître que le substratum intellectuel est intact. L'état maniaque dure depuis cinq années sans changement, offrant tous les attributs de la chronicité.

Le deuxième malade peut être exactement superposé au précédent.

Le troisième a commencé à délirer à douze ans. Début par une bouffée de délire hallucinatoire en bourrasque. Puis organisation d'un système délirant à base de persécution ; plus tard ont apparu des idées de grandeur reliées logiquement aux précédentes. Après vingt-quatre ans de délire, ce malade, débile, dégénéré héréditaire, est encore en possession de ses facultés.

Ces divers malades ont présenté des états successifs sur lesquels beaucoup de cliniciens actuels, ignorant la marche des événements, auraient mis l'étiquette de démence précoce.

II. — *Gangrène symétrique des extrémités. Présentation de malade.* — *M. Trénel* montre une malade, âgée de trente ans,

©BIUM

qui a eu, dans la première enfance, une gangrène symétrique des extrémités. C'est une femme petite, un peu grêle, sans qu'on puisse dire infantile. Il semble y avoir un certain nanisme viscéral. Les cas de ce genre se rattachent sans doute à une aplasie artérielle congénitale.

Dans un cas d'épilepsie, il s'est produit au cours d'un état de mal une gangrène symétrique analogue au cas présenté. L'autopsie ayant été faite à la suite d'un second état de mal, les artères tibiales furent trouvées atrésiées presque complètement sans lésion des parois.

III. — *Accidents aigus au cours d'alcoolisme chronique ayant simulé la paralysie générale. Présentation de malade.* — *M. Sengès* montre un malade âgé de trente-neuf ans, ajusteur mécanicien, qui s'est présenté à l'admission sous les dehors d'une paralysie générale avancée : embarras de la parole, inégalité pupillaire, affaiblissement intellectuel. Or, un examen plus approfondi et l'histoire du malade ont montré qu'il s'agissait d'un alcoolique chronique victime d'un accident (chute sur la tête) et qui avait de plus fait quelques excès de boisson après sa sortie de l'hôpital Beaujon. Amélioration progressive, les troubles de la parole sont très anciens. Le diagnostic de paralysie générale ne semble pas devoir être maintenu. Le malade est sorti le 30 avril guéri et a repris son travail.

IV. — *Accès dépressif avec idées obsédantes. Voyage de Norvège à Paris et auto-dénonciations. Présentation de malade.* — *M. Sengès* présente un dégénéré âgé de vingt-sept ans qui, sous l'influence d'un choc moral, fait des hallucinations de l'ouïe auto-accusatrices. Puis, sous l'influence d'une homonymie, se fait des idées obsédantes d'auto-accusation. Il se prend pour l'assassin de la rue Ordener. Il présente secondairement des hallucinations obsédantes sous l'influence desquelles il finit par quitter son emploi et va s'accuser à Paris d'un crime imaginaire. Cessation de l'état obsédant hallucinatoire après obéissance à l'impulsion auto-accusatrice.

V. — *Idées de persécution, fausses reconnaissances, auto-accusations, préoccupations génitales, symbolisme. Présentation de malade.* — *M. Beaussart* présente un malade (service de M. H. Colin) qui, à l'occasion de périodes d'excitation, offre des phénomènes pathologiques stéréotypés : idées de persécution qui remontent à l'enfance et qui gravitent autour de préoccupations génitales ; fausses reconnaissances ; parmi les malades et gardiens, le malade reconnaît toujours les mêmes

©BIUM

persécuteurs qui l'ont poursuivi à l'atelier, aux bataillons d'Afrique, à la prison; auto-accusations : à son tour le malade s'accuse d'actes sexuels contre nature et demande un châtiment. Il subit toutes ces vicissitudes comme relevant de la fatalité. Cette dernière est représentée pour lui par le chiffre 19, et à l'aide de nombreuses combinaisons symboliques il retrouve toujours ce chiffre. Dénonciations écrites, affiches accusatrices, violences impulsives : telles sont ses réactions.

VI. — *Anomalies congénitales. Sein supplémentaire. Présentation de malade.* — *M. Fillassier* présente un malade, grand débile avec appoint alcoolique, ayant une malformation particulière. Ce malade possède en effet trois seins; le troisième, situé au-dessous du sein gauche, est plus petit, mais très net; le mamelon et son aréole sont identiques aux organes normaux; leur volume seul est réduit au quart environ.

VII. — *Amnésie de fixation et amnésie d'évocation chez un paralytique général. Présentation de préparations histologiques.* — *M. Marchand* montre les préparations d'un malade syphilitique depuis l'âge de vingt-trois ans et atteint depuis l'âge de quarante ans d'accès épileptiformes. A ces accidents s'associe un affaiblissement de la mémoire. Ces derniers troubles font de rapides progrès, au point que bientôt on constate chez lui une amnésie continue et une amnésie de reproduction telles que le malade, qui a conscience de ses troubles amnésiques, n'a gardé aucun souvenir des faits anciens et récents. Plus tard cette amnésie consciente s'accompagne de fabulation. Les signes somatiques de la paralysie générale n'apparaissent que tardivement. A l'autopsie, on note une prédominance de la méningo-encéphalite subaiguë au niveau des lobes frontaux.

VIII. — *Tumeur cérébrale et psychose de Korsakoff. Présentation de pièces.* — *M. Bonnet* montre le cerveau d'une malade qui a présenté les symptômes de la psychose polynévritique ou syndrome de Korsakoff, soit une confusion mentale à forme amnésique, désorientation, amnésie de fixation, récits imaginaires, impotence fonctionnelle des membres inférieurs.

Une gomme syphilitique siège à la partie inférieure des deux lobes frontaux et occupe tout le lobule orbitaire de chaque hémisphère.

©BIUM

Séance du 17 juin 1912.

1. — *Trois déments précoces. Présentation de malades.* — A l'appui de l'enquête soulevée à la Société sur la démence précoce, *M. Truelle* présente trois malades répondant aux types classiques des formes simple, catatonique et paranoïde de la démence précoce. A côté de signes communs incontestables, il y a entre ces malades des différences non moins certaines, et toute la question est précisément de savoir s'il faut tenir plus compte des analogies que des dissemblances.

II. — *Démence précoce. Présentation de malade.* — *M. Legrain* présente un chronique, frère d'un malade présenté précédemment, qui délire depuis trente-deux ans. Pendant la première phase de sa vie, il a présenté le type du déséquilibré cyclothymique simple, puis des idées délirantes de persécution apparurent avec des hallucinations. Très vite, le délire s'est diffusé de telle sorte que le diagnostic de démence précoce paranoïde pouvait être porté. Aujourd'hui, après trente-deux ans de délire, le malade, très diffus, peut en imposer pour la démence, mais l'interrogatoire décèle chez lui une vie encore très nette des facultés.

III. — *Folie périodique et démence familiale. Présentation de malades.* — *M. Trénel* montre une malade âgée de quarante-trois ans, qui a eu, depuis l'âge de quatorze ans, une série d'accès délirants, de forme atypique, débutant par une phase mélancolique suivie d'une phase polymorphe, qu'on pourrait à la rigueur qualifier d'état mixte. Ces accès ont donné lieu à six internements ; mais il semble qu'elle ait eu des accès frustes pendant les périodes lucides. L'accès actuel a duré six mois.

L'intérêt du cas est moins dans son histoire clinique que dans le fait que la malade fait partie d'une famille de malades difficilement classables (la malade est sœur des deux malades présentés par M. Legrain).

IV. — *Syndrome de Cotard et folie périodique. Présentation de malade.* — *MM. Trénel* et *Livet* présentent une malade de vingt ans, ayant eu un accès maniaco-mélancolique antérieur. Elle a présenté, au début de l'accès actuel, une phase mélancolique avec idées de négation somatiques et psychiques, idées d'immortalité, constituant un syndrome de Cotard. Après plusieurs semaines, elle passe à une phase maniaque qui per-

©BIUM

siste depuis un an. C'est un des cas, moins rares qu'on ne l'admet classiquement, de psychose périodique dont la phase mélancolique a cette forme qui, habituellement, est un indice de chronicité.

V. — *Symbolisme au cours d'un délire d'interprétation. Présentation de dessins et d'écrits.* — *MM. Marchand* et *Petit* montrent les écrits et les dessins d'une malade atteinte d'un délire interprétatif de couleur mystique assez particulière (association du sentiment patriotique au sentiment religieux, avec prédominance du premier de ces éléments). Les interprétations qui développent le système délirant sont, pour la plupart, symboliques, et ont pour base la puissance mystique que la malade attribue aux trois couleurs du drapeau et aux nombres impairs premiers de Pythagore. Après avoir indiqué la place considérable qu'occupe le symbolisme, aussi bien dans la mentalité des primitifs que dans celle de nos contemporains, les auteurs insistent sur l'association à ce délire mystique d'éléments mélancoliques prépondérants au début de l'affection (délire mixte ou secondaire), ce qui ne saurait cependant justifier, d'après eux, l'intelligence et l'affectivité de cette malade étant intactes, la place de ce délire dans les cadres de la démence précoce.

VI. — *Paralysie générale et syphilis. Présentation de malade.* — *M. Bonnet* présente une paralytique générale, âgée de quarante-trois ans, qui a contracté la syphilis il y a dix ans. La porte d'entrée de l'infection a été un chancre de la lèvre, dont on peut encore observer manifestement la cicatrice indélébile. Elle est entrée à l'asile il y a six mois. Au point de vue mental, la paralysie générale est très nette, et des hallucinations visuelles et auditives en dominent le tableau clinique. Depuis quelques jours, elle présente une éruption généralisée de syphilides papulo-squameuses.

La syphilis de cette malade a été traitée de façon sérieuse et n'a pas été aggravée par d'autres facteurs. La paralysie générale dont elle est atteinte paraît bien être de nature franchement syphilitique.

VII. — *Deux cerveaux d'aphasiques. Présentation de pièces.* — *MM. Vigouroux* et *Prince* présentent deux cerveaux d'aphasiques : le premier a un ramollissement du tiers postérieur de la 2e temporale et un autre sous-cortical de l'isthme de substance blanche réunissant le lobe frontal et le lobe temporal. Le malade avait présenté de l'aphasie sensorielle complète et

©BIUM

des troubles très importants de l'évocation des images d'articulation motrice des mots. Le deuxième présente une destruction complète de la frontale ascendante et du pied de la 3e frontale, ainsi qu'un ramollissement sous-cortical du pli courbe. Le malade était avant tout un aphasique moteur avec des troubles d'aphasie sensorielle.

VIII. — *Traumatisme et paralysie générale. Présentation de préparations.* — *MM. Vigouroux* et *Hérisson* présentent la dure-mère et le cerveau d'un paralytique général qui avait subi un gros traumatisme cranien. En dehors des lésions de méningo-encéphalite diffuse, il y a un hématome de la dure-mère, une adhérence de la dure-mère à la table interne de l'os pariétal qui avait été fracturé. L'apparition des troubles mentaux avait précédé le traumatisme.

Séance du 8 *juillet* 1912.

I. — *Délire systématisé et syndrome circulaire. Présentation de malade.* — *M. Trénel* présente une malade de quarante-sept ans qui est entrée à l'asile en décembre 1908 en état de mélancolie avec raptus anxieux, hallucinations de l'ouïe et quelques symptômes d'alcoolisme subaigu, ceux-ci rapidement éteints. Au bout de cinq mois, elle s'excite subitement et, depuis, reste dans un état hypomaniaque.

En même temps, elle manifeste un délire de persécution à base d'hallucinations de la sensibilité générale et psychomotrices, délire assez nettement systématisé.

L'intérêt du fait, difficilement classable, est, d'une part, cette alternance d'un état mélancolique et d'un état maniaque constituant une phase circulaire — unique il est vrai — et, d'autre part, dans la phase maniaque, la coexistence de cet état et d'un délire de persécution. Il y a contraste entre cet état cénesthésique gai et ce délire qui d'habitude donne lieu à des réactions dépressives. Cette malade se rapproche du cas présenté par MM. Klippel et Mallet à la Société médico-psychologique.

II. — *Démence précoce. Présentation de malade.* — *M. Henri Colin* montre à la Société un jeune homme de vingt ans d'autant plus intéressant, à son avis, que, chez lui, la démence précoce est en voie d'évolution. Il s'agit d'un ouvrier tourneur qui, à dix-huit ans, à la suite d'un enlèvement de mineure, fut placé dans une colonie pénitentiaire où il resta

©BIUM

trois ans. Il présenta pendant ce temps des troubles divers qui furent attribués à la simulation. Rendu à sa mère au mois de janvier dernier, il ne tardait pas à se livrer à des actes impulsifs dangereux qui nécessitèrent son placement à l'asile.

M. Colin insiste sur l'état de santé apparent qui autorise les médecins non initiés, les directeurs d'établissements ou les officiers à penser à la simulation si le malade se trouve soit en maison de correction, soit au régiment. Il montre qu'en réalité il y a une diminution considérable de l'intelligence, de l'aboulie, des impulsions et des troubles vaso-moteurs variés qui doivent imposer le diagnostic d'hébéphrénie, bien que certains accidents convulsifs puissent faire penser à l'épilepsie larvée.

III. — *Délire et dessins d'interprétation. Présentation de dessins.* — A. — *M. A. Marie* (de Villejuif) présente trois ordres de documents ; les uns se réfèrent à un délire mal systématisé de nature politico-nationaliste se caractérisant par des dessins stéréotypés en trois couleurs, stylésant l'aéroplane dans un but patriotique (géométromanie et arithmomanie concomitantes).

B. — *M. A. Marie* montre en outre une collection de curieux dessins médiumniques à dominante érotique obtenus par ébauches automatiques en état de demi-sommeil.

C. — *M. A. Marie* dépose en terminant une note au nom du Dr Sikorski (de Kiew) sur le caractère du pouls selon les psychoses et son évolution au cours des maladies mentales.

IV. — *Un cas d'épilepsie larvée.* — *MM. Santenoise* et *Hamel* rapportent l'observation d'un malade de quarante-sept ans, imbécile, chez qui sont survenues récemment, à la suite d'une intervention chirurgicale, des crises d'épilepsie. La constatation de ces manifestations convulsives permet de rattacher à la névrose comitiale des troubles mentaux de caractère pénible à forme alternante présentés antérieurement par le malade.

V. — *Deux nouveaux cas de paralysie générale chez le chien. Présentation de pièces et de préparations.* — *MM. Marchand* et *Petit* rapportent deux observations concernant deux chiens qui ont présenté des troubles moteurs convulsifs comparables à ceux que l'on observe dans la paralysie générale humaine. Anatomiquement, on trouve dans les centres nerveux des lésions de méningo-encéphalite diffuse, identiques comme caractère à celles qui forment le substratum anatomique de la paralysie générale de l'homme. Cette affection est survenue plusieurs mois après une maladie dont le virus est encore inconnu et qu'on appelle la « maladie du jeune âge ».

©BIUM

VI. — *Démence précoce et ramollissement cérébral. Présentation de pièces.* — *M. Legrain* montre les pièces provenant d'un jeune homme ayant présenté des signes de démence précoce, dans lesquelles on trouve un gros foyer de ramollissement siégeant à la pointe frontale. Début par quelques idées de persécution très vagues, suivies de réactions mélancoliques. Vie tourmentée, inquiète, instable. Il y a trois ans, paroxysme hallucinatoire intense avec désorientation, tentative de suicide, état paranoïde. Très rapidement, le malade tombe dans la stupeur avec négativisme, refus d'aliments, anxiété, désorientation. Mort sans symptômes marquants dans le marasme. Le ramollissement a été découvert à l'autopsie. Système artériel très malade malgré le jeune âge du sujet. La lésion paraît dater d'environ dix-huit mois, par conséquent postérieure au début de la maladie mentale.

VII. — *Délire polymorphe. Présentation de pièces.* — *MM. Vigouroux* et *Hérisson* communiquent l'observation d'un malade de trente-trois ans atteint de délire polymorphe (dépression mélancolique, excitation, idées hypocondriaques et de satisfaction) et mort après six mois de maladie après avoir eu une attaque épileptiforme.

L'autopsie montre une congestion cérébrale intense sans autre lésion organique. L'examen histologique révèle, en dehors de l'hémorragie sous-pie-mérienne et de la congestion des vaisseaux du cortex, des lésions scléreuses des ganglions sympathiques semi-lunaires et des altérations parenchymateuses des capsules surrénales.

Les auteurs rapportent à l'altération du nerf sympathique les troubles cénesthésiques primitifs qui ont été le point de départ des idées délirantes ainsi que la congestion cérébrale terminale.

JOURNAUX ITALIENS

Rivista sperimentale de freniatria e medicina legale delle alienazioni mentale.

ANNÉE 1908.

I. — *Sur l'isolement*; par le Dr J. Esposito (numéro de janvier). — Certains aliénistes, surtout allemands, Kreuser, Sander, Jolly, Merklin, Kraepelin, acceptent l'isolement qu'il

©BIUM

est impossible de supprimer surtout pendant la nuit. D'autres rejettent cette méthode thérapeutique. Le no-restraint est appliqué le plus possible dans les asiles les plus récents et les mieux tenus. Kolb admet que dans un asile de 600 malades, il faut 1 p. 100 de chambres d'isolement et 5 p. 100 de chambres personnelles ; 20 p. 100 des malades doivent être soumis à la surveillance continue et 40 p. 100 à la clinothérapie ou à la balnéothérapie. Capeletti et Pierracini se montrent au contraire partisans d'un assez grand nombre de chambres d'isolement. Antonini n'admet pas le maintien des vieux quartiers cellulaires, mais il préconise de petits groupes de trois à quatre chambres dans le voisinage immédiat des quartiers. La chambre d'isolement n'est pas simplement une cellule changée de nom, c'est un local bien aménagé dans lequel on peut à la rigueur travailler. On doit isoler les hallucinés, persécutés et mégalomaniaques, les mélancoliques ayant peur de l'enfer, les déments précoces, criards et négativistes, les catatoniques, les épileptiques à l'état crépusculaire, les paralytiques généraux, agités et hallucinés, les criminels aliénés, les idiots moraux. La vie en commun est-elle très favorable aux autres malades? N'y a-t-il pas lieu d'individualiser le traitement? Mais l'isolement qui ne doit jamais être une punition peut être de courte durée, absolu, intermittent suivant les indications. Ce système nécessite une augmentation du nombre des gardiens. D'ailleurs, là comme ailleurs, l'abus est un défaut.

II. — *Sur la pellagre expérimentale des poules particulièrement en ce qui concerne les substances alimentaires et les saisons de l'année*; par le Dr C. Ceni (numéro de janvier). — Chez les poules soumises à une alimentation prolongée infectée par le penicillium glaucum, on observe les phénomènes morbides de la pellagre expérimentale déjà décrits par Lombroso et confirmés par Ceni et qui se produisent lorsqu'on nourrit longtemps les animaux avec du maïs avarié. La pellagre expérimentale des poules est indépendante de la nature maïdique de la substance alimentaire infectée par le penicillium glaucum. On peut obtenir le même tableau en alimentant les animaux soit avec du maïs infecté, soit avec du pain, du son, du froment, infectés par les mêmes ascomycètes. Ces phénomènes morbides ne sont pas constants à toutes les époques de l'année, mais ils présentent de notables oscillations périodiques de saison à saison. Au printemps, ils se manifestent au maximum, à un degré moindre pendant l'automne et l'été; en hiver, ils finissent par

©BIUM

disparaître complètement, lors même que l'on continue l'alimentation infectée. Ces oscillations périodiques des phénomènes morbides ne peuvent être expliquées que par une influence spéciale qu'exerceraient ces saisons sur la cause directe de la maladie : c'est-à-dire l'état de toxicité du champignon développé sur les matières alimentaires.

III. — *Observations anatomiques et cliniques sur deux cas que l'on peut classer dans les démences précoces*; par les Drs Benigni et Zilocchi (numéro de janvier). — C'est Dunton (1903) qui le premier étudia l'anatomie pathologique de la démence précoce, telle que la comprend Kraepelin. Il constata des altérations cellulaires de tout le cerveau et en particulier de la région frontale : de la chromatolyse centrale, une légère pigmentation jaune pâle, un peu d'atrophie des cellules, dislocation et gonflement des noyaux, plicatures de la membrane nucléaire et des nucléoles. Ces lésions sont surtout fréquentes dans les couches profondes. Leroy et Laignel-Lavastine (1904) ont insisté sur les lésions des cellules pyramidales. Gonzalès et Burzio ont signalé dans la démence précoce de la pachyméningite hémorragique, de la leptoméningite chronique, des hémorragies sous-piales, de l'œdème ou de l'anémie cérébrale, ou au contraire de l'hyperémie, de l'épendymite. Souvent des lésions des différents viscères internes se surajoutent aux lésions encéphaliques. Le premier cas des auteurs est celui d'une fille de vingt-trois ans, atteinte de délire confus, dont le cerveau et le cervelet étaient macroscopiquement hyperémiés; durci à l'alcool et au formol à 10 p. 100 et étudié par diverses méthodes histologiques, on y constata des altérations des vaisseaux avec hyperplasie de l'endothélium et dégénérescence graisseuse de certains éléments, surtout au niveau des étages moléculaires (étage des cellules dites ganglionnaires) du cervelet; les cellules de Purkinje sont peu atteintes. L'hypophyse a subi la dégénérescence graisseuse; les reins sont enflammés et ont même quelques traces de sclérose. Les ovaires ont de l'hypertrophie congénitale, on n'a pu déterminer l'état des surrénales. L'observation n° 2 est celle d'un curé à antécédents héréditaires chargés, âgé de vingt-sept ans, qui commit des vols absurdes au séminaire et eut plus tard des idées de persécution assez mal systématisées. A l'autopsie, on trouva la calotte cranienne épaissie, le diploë aminci, de la synostose de la suture coronale, des adhérences méningées, de l'œdème de la substance blanche du cerveau. Du côté des viscères, on signale

©BIUM

de l'hydropéricardite à un degré léger, de l'hypertrophie du cœur, de l'atrésie de l'aorte à l'origine, de la congestion du foie et de la rate et des altérations des surrénales. Microscopiquement, on trouva de la dégénérescence graisseuse des éléments nerveux et des parois vasculaires du cortex. Les fibres nerveuses étaient peu atteintes. La thyroïde et ses accessoires avaient de la dégénérescence graisseuse de l'épithélium folliculaire et de l'hyperplasie conjonctive. En résumé : altération des cellules nerveuses du cortex, des principaux viscères et même des glandes à sécrétion interne. Y a-t-il lieu de distinguer des formes diathésiques et des formes sympathiques?

IV. — *Sur les rapports intimes entre le cerveau et les testicules*; par le Dr C. Ceni (numéro de janvier). — Chez des poules ayant subi une décortication partielle ou totale des hémisphères, l'auteur a constaté une cachexie progressive amenant la mort et souvent accompagnée d'atrophie des organes génitaux, Ces poules eurent des œufs qui donnèrent des poulets atteints d'atrophie des organes génitaux. On fit subir à des coqs, au lieu de la décortication d'une réalisation toujours difficile, une hémicérébration, en ayant soin de ne pas léser les ganglions de la base. Les deux tiers ne survécurent pas à cette mutilation. Ceux qui résistèrent présentèrent d'abord une hyperplasie du tissu conjonctif qui, au bout de dix-huit à vingt-cinq mois, était remplacée par une atrophie presque complète. L'atrophie était plus complète et plus rapide chez les jeunes. Chez les plus âgés, au bout de trois à quatre jours, on observait que les cellules séminifères étaient devenues polyèdriques, et qu'il y avait un arrêt complet de la spermatogénèse déjà au bout de quinze à dix-huit jours. Quelquefois cette atrophie n'est que passagère, mais en général elle s'accompagne d'une régression bien marquée.

V. — *Sur un repertum négatif d'infiltration périvasculaire dans le système nerveux central de lapins alcoolisés*; par le Dr Reichlin (numéro de janvier). — Montesano prétend que des lapins qui n'avaient reçu en injections hypodermiques que 50 centimètres cubes d'alcool et des injections intraveineuses d'adrénaline au millième (deux à trois gouttes) diluée dans 1/2 centimètre cube de sérum physiologique, présentaient des altérations vasculaires, de l'hypertrophie de l'intima pia, et même des plasmazellen. Donc, ces derniers éléments considérés jusqu'à présent presque comme pathognomoniques de la paralysie générale pourraient exister dans l'alcoolisme chronique combiné avec l'action

©BIUM

de l'adrénaline ou d'autres agents. Reichlin injecta à des lapins à doses croissantes de l'alcool absolu dilué à 20, 25, 30 p. 100; à l'aide d'une sonde œsophagienne, il parvint à faire absorber au total à quelques-uns de ces animaux des poids de 4.392, 4.056, 3.669 grammes d'alcool absolu. Il les autopsia et n'obtint aucun résultat comparable à ceux de Montesano. Il ne fut pas plus heureux en essayant de l'intoxication aiguë pendant un mois. Donc les plasmazellen sont des éléments inflammatoires et n'ont rien à voir avec les intoxications aiguës ou chroniques. Cette manière de voir confirme celle de A. Carrier.

VI. — *Les saisons de l'année et les poisons des champignons*; note polémique du Dr Paladino Blandini (numéro de janvier). — Ceni prétend avoir obtenu de l'excitation neuro-musculaire à la suite d'injections intracraniennes de toxines de champignon à des pigeons. Mais on a prétendu qu'à doses modérées, ni la potasse, ni l'acide chlorhydrique dilués n'agissaient sur les neurones de ces animaux. Bodin et Gauthier n'ont point confirmé les recherches du savant de Reggio Emilia, sa théorie des saisons est inacceptable en prenant les nombres même qu'il fournit. Quant à la pellagre sans maïs, c'est une pure théorie qu'aucun fait clinique ou expérimental ne confirme. Le ton que prend Paladino Blandini en examinant les travaux de son contradicteur est tel que nous ne pouvons le suivre sur ce terrain.

VII. — *Les poisons des champignons pellagrogènes et les saisons de l'année;* réponse au Dr Paladino Blandini par le Dr Ceni (numéro de janvier). — Ceni maintient sa façon de voir, réfute les chiffres de son contradicteur qu'il prétend erronés et répond dans des termes plus virulents encore, si possible, que ceux de l'article précédent. Nous n'avons point qualité pour juger le débat, bornons-nous à en signaler la violence.

VIII. — *Sur la paralysie spinale spastique;* par le Dr F. Ugolotti (numéro de janvier). — Cette affection a été décrite par Erb et Charcot, c'est la paralysie spinale spastique de Erb, le tabes dorsal spasmodique de Charcot. La marche en est longue. Aux membres inférieurs on a de la paresse des mouvements, de la rigidité musculaire, de l'exagération des réflexes tendineux : il n'y a pas de troubles de la sensibilité, pas de trophisme de la vessie ou du rectum. Au point de vue anatomo-pathologique, c'est une dégénérescence primaire circonscrite aux deux faisceaux pyramidaux latéraux de la moelle. Plus tard, on peut rencontrer au bout d'un temps très long des troubles vésicaux et des troubles de l'excitation électrique, ainsi que des

©BIUM

signes ataxiques pendant la marche. Il paraît exister des formes de passage entre cette maladie et la sclérose latérale amyotrophique. Les lésions ne paraissent pas être rigoureusement limitées aux pyramides latérales, mais pouvoir atteindre les faisceaux de Goll, de Goll et Flechsig, de Gowers, et il y a même parfois de légères altérations des cellules des cornes antérieures de la moelle. Cette maladie a-t-elle réellement une individualité propre? Pour Raymond, ce ne serait qu'un syndrome qui se trouverait dans les myélites, les affections combinées des cordons postérieurs et latéraux, et dans l'hydrocéphalie chronique. Oppenheim ne se prononce pas sur cette individualité. Erb et Strümpell l'admettent. L'auteur rapporte l'observation d'un jeune dément précoce, chez lequel se développa une paralysie spastique des deux membres inférieurs qui peu à peu le confina au lit. Il y mourut d'entéro-colite vulgaire. Histologiquement, dégénérescence des deux faisceaux pyramidaux latéraux de la moelle, moins accentuée en haut qu'en bas et s'étendant jusqu'au bulbe. Le faisceau cérébelleux direct participait en partie à cette altèration et très légèrement le faisceau de Gowers. On reconnaît bien là une lésion qui n'est pas systématisée, mais on peut se demander si ce n'est pas une sclérose en plaques au début. Le lathyrisme donne des états analogues ainsi que certaines maladies familiales.

IX. — *Sur un repertum de plasmocytes dans les centres nerveux des lapins intoxiqués par l'alcool;* par le Dr G. Montesano (numéro de janvier). — Par l'action des couleurs basiques d'aniline, l'auteur a constaté des altérations des cellules nerveuses allant jusqu'à des foyers de disparition complète, de l'hypertrophie de la névroglie, des altérations vasculaires, de l'hypertrophie de l'intima pia et dans quatre cas des plasmocytes qui pouvaient bien être dues à des maladies préexistantes chez le lapin ou dues à des manœuvres de sondages. Il est probablement trop simpliste d'imaginer que ces lésions sont proportionnelles à la durée de l'expérience et à la quantité d'alcool ingéré. Ces infiltrats périvasculaires ne sont-ils pas un mode spécial de réaction du lapin à l'intoxication alcoolique? L'ingestion à l'aide de la sonde prédispose évidemment à des traumatismes et à des accidents locaux, tels que la broncho-pneumonie ou d'autres phlogoses locales. Chez un lapin en expérience on a pu constater dans la deuxième couche du cortex cérébral, des foyers spéciaux bien circonscrits de prolifération vasculaire intense avec destruction partielle des cellules nerveuses et la production

©BIUM

d'énormes « gliaraxis » avec présence de plasmocytes dans les parois vasculaires. Chez d'autres, cliniquement, il y avait de la paraparésie (paraplégie des membres postérieurs), avec une forme de méningo-myélie caractérisée par de gros infiltrats plasmatiques des méninges et de la moelle, au sein de la substance nerveuse entourant le canal central de l'épendyme. Reichlin voit dans les cellules plasmatiques l'expression exclusive d'un processus inflammatoire : l'affirmation peut être retenue comme vraie. Cependant Cerletti a provoqué la production de plasmocytes dans le sang par injection dans le courant circulatoire de sérum hétérogène, et Alzheimer par des injections sous-cutanées de pyridine.

X. — *Sur la pathogénèse de l'épilepsie. Recherches expérimentales;* par le Dr Guido Guidi (numéro de janvier). — L'auteur fait d'abord la bibliographie de la question et en résume les principaux traits. Il examina et étudia pendant un mois les urines de sept épileptiques soumis à l'alimentation mixte et d'autres au régime lacto-végétarien; il releva la quantité moyenne des composés ammoniacaux excrétés par les urines, les oscillations de leur émission qui sont très importantes et ont dans tous les cas la propriété de s'élever peu à peu d'un minimum jusqu'à un maximum auquel se produit l'attaque, après laquelle l'excrétion des composés ammoniacaux est plus grande encore, puis il se produit une chute. Les composés ammoniacaux sont donc, pour Guido Guidi, l'indice de l'intoxication acide de l'organisme épileptique qui cause la convulsion. Il dressa un tableau jour par jour de la quantité d'azote total éliminé, de l'azote de l'urée, de l'azote ammoniacal. Le carbonate d'ammoniaque administré augmente la fréquence des manifestations épileptiques proportionnellement à la dose ingérée, et cette augmentation continue quelques jours après la cessation du médicament. Dans l'épilepsie, il y a donc un échange d'azote qui dévie profondément la manière dont la transformation des protéides s'effectue normalement. La déviation est d'autant plus manifeste qu'il y a défaut de formation d'urée. C'est ainsi que se produit une intoxication acide de l'organisme probablement due à l'accumulation d'acide carbamique, intoxication qui se manifeste par l'excrétion de composés ammoniacaux dans l'urine. C'est donc à une augmentation de fréquence de ces composés dans l'organisme que sont dues les manifestations épileptiques, comme on peut le démontrer par l'administration du carbonate d'ammoniaque. De cette façon s'explique

©BIUM

aussi pourquoi une alimentation sagement adaptée peut diminuer notablement et même faire disparaître les phénomènes épileptiques. Il importe donc de faire de nouvelles recherches en série sur ces graves questions.

XI. — *Sur une singulière attitude du cou qui s'observe dans quelques maladies mentales ;* par le Dr P. Petrazzani (numéro de janvier). — Il est arrivé à l'auteur d'observer des sujets qui, étant au lit dans le décubitus dorsal, tiennnent le cou et la tête redressés et soulevés au-dessus du plan des oreillers pendant un temps excessivement long. Il en a vu deux cas typiques sans compter des cas plus ou moins nets. Parmi les plus démonstratifs : un dément précoce dont la tête faisait avec le plan du lit un angle de 55 degrés, un paralytique, un dément précoce de 20 ans, un autre paralytique général. Morselli, Kraepelin, Moravestch ont signalé déjà des faits analogues. C'est en somme une stéréotypie du mouvement, forme statique. Ce n'est ni un spasme, ni une contracture. Petrazzani a examiné à ce point de vue cinquante-quatre hommes sains et quarante-six femmes. Chez les hommes, la position fut abandonnée en moyenne au bout de 8′50, chez les femmes au bout de 18′43 ; chez les aliénés hommes elle put persister en moyenne 18′77, chez les femmes 24′97, soit pour les gens bien portants 13′46 et pour les aliénés 21′87. Cette différence si marquée entre les deux sexes est-elle due à la moindre force musculaire des femmes et est-on en droit de dire que chez les aliénés cette particularité est due à une infériorité psychique ou plutôt à une diminution de l'énergie générale du corps? On ne peut invoquer ici la différence de structure histologique, ni la différence de la force entre les muscles du cou chez l'homme sain et chez l'aliéné, puisque c'est chez la femme plus faible, que le phénomène est le plus net. La forme du cou, qu'elle soit courte et ramassée ou au contraire longue et mince, ne modifie en rien cette particularité. On peut donc conclure que le phénomène est d'ordre inhibitoire et est en relation avec les altérations du cortex cérébral, surtout dans la démence précoce et pendant la période neurasthéniforme du début de la paralysie générale. On peut affirmer que lorsqu'un sujet peut supporter pendant une heure et plus cette position anormale, le pronostic est grave.

XII. — *Sur le pouvoir qu'ont la cholestérine et la substance nerveuse de neutraliser l'hémolyse par la lécithine et par les sérums spécifiques ;* par le Dr Pighini (numéro de janvier). — Wassermann a montré que la toxine du tétanos trouve dans la

©BIUM

substance nerveuse les conditions nécessaires à la multiplication des récepteurs immunisants et à leur passage dans la circulation. Il existerait dans le système nerveux central une substance capable de précipiter la toxine et de la neutraliser. Si on mélange de la toxine tétanique avec du tissu nerveux émulsionné dans la solution physiologique et qu'on en inocule une certaine dose après quelque temps à une taupe blanche, le mélange est inoffensif, tandis que les témoins meurent. Les inoculations d'émulsion cérébrale vingt-quatre heures après une injection de toxine tétanique en annihilent les effets. Metchnikoff attribue à certaines substances contenues dans les prolongements caténaires du système nerveux, la propriété de fixer les poisons et de les neutraliser. Ces substances sont la lécithine, la cholestérine et la tyrosine. Ransoni a montré que la cholestérine a la propriété d'empêcher l'hémolyse produite par certaines toxines. L'auteur a fait les constatations suivantes : pour le jaune d'œuf et la lécithine de Merck émulsionnés dans l'alcool méthylique à 5 p. 100 ou le sérum physiologique agissant sur la cholestérine de Merck en solution physiologique à 1 p. 100, la cholestérine neutralise complètement l'action hémolytique de la lécithine proportionnellement à la quantité employée de cette dernière substance ; il en est de même pour le sérum de lapin rendu hémolytique pour le globule rouge du bœuf.

XIII. — *Lésions particulières dans un cas de syphilis cérébrale* ; par le Dr Bonfiglio (numéro de janvier). — Un homme de soixante ans, malade depuis deux ans et demi, présente du strabisme divergent de l'ataxie et de la paresse des pupilles à la lumière, perte des réflexes rotuliens, aboulie, euphorie, état démentiel grave, hallucinations, désorientation ; mort par marasme. A l'œil nu, atrophie uniforme du cerveau, adhérences pie-mériennes, lésions circonscrites de la moelle épinière et adhérence entre la pie-mère et le cortex : altération de la structure du cortex, des cellules et des fibres nerveuses, altérations régressives de la névroglie : les cellules à bâtonnets de tout le territoire cortical sont peu nombreuses, surtout le type court. Prolifération dégénérative notable des vaisseaux sanguins. Mastzellen. Pas d'infiltration leucocytaire, ni plasmatocytaire ; énorme dépôt de substances grasses, dans le pigment des gaines vasculaires : donc, en résumé, altérations singulières des neurofibrilles et foyers miliaires de nécrose. On peut confondre par la méthode de Bielchowski certains pelotons de neurofibrilles avec des cellules nerveuses. Les foyers miliaires sont analogues à

©BIUM

ceux décrits par Redlich et sont dus au dépôt dans le cortex d'une substance spéciale étrangère. Ce n'est pas une paralysie générale, car les altérations cellulaires sont trop peu prononcées : c'est une syphilis (endartérite de Heübner).

XIV. — *Hydrocéphalie interne et externe*; par le Dr Riva (numéro de janvier). — L'hydrocéphalie interne et externe est caractérisée par la présence de liquide en excès dans la cavité cranienne, entre la calotte et les méninges, entre la dure-mère et l'arachnoïde, dans l'intérieur des ventricules. Tantôt la marche de l'affection est aiguë, tantôt elle est chronique, ce qui est le plus fréquent. Cette hydrocéphalie est ou essentielle, ce qui est rare, ou sous la dépendance d'une encéphalite, ou d'une méningite tuberculeuse. Pour expliquer l'hydrocéphalie essentielle, on invoque l'âge avancé des parents, l'alcoolisme, la syphilis, la tuberculose, les émotions de la mère pendant la grossesse, les traumatismes pendant la période fœtale.

Observation d'un enfant de quinze ans, fils d'un alcoolique devenu épileptique, qui avait la tête volumineuse à la naissance, développement physique tardif, inintelligence absolue. A l'autopsie, adhérences de la dure-mère avec la pie-mère et épaississement de cette dernière membrane; circonvolutions aplaties. Poids du cerveau 925 grammes; 100 centimètres cubes de liquide s'échappent à l'ouverture de la dure-mère, les ventricules du cerveau et le trou de Monro sont dilatés. Au microscope le lobe frontal présente de la chromatolyse. Cet état a-t-il débuté vers la naissance, ce que semble indiquer le développement exagéré du crâne, la pression du liquide? mais il n'y a pas d'os wormiens. La cause immédiate est aussi inconnue que l'époque du début.

XV. — *Action du froid et de l'électricité sur le réseau neuro-fibrillaire*; par le Dr Nino de Paoli (numéro de janvier). — L'auteur place un lapin dans une glacière à — 10 degrés, et lui applique une des électrodes sur le cou et l'autre à la région lombaire. Les recherches faites ensuite avec les méthodes de Donaggio que nous avons fait connaître ici même il y a deux ans, ne lui permirent de tirer aucune conséquence, ni en ce qui concerne la pathologie, ni en ce qui concerne la physiologie. Tout ce qu'il peut dire, c'est que l'action de l'électricité n'atteint, ni n'aggrave les lésions que le froid produit sur le système nerveux neuro-fibrillaire. Très probablement l'action de l'électricité prime l'action du froid en produisant la mort de l'animal par asphyxie (tétanos des muscles respiratoires).

©BIUM

XVI.—*Sur des corps spéciaux à forme naviculaire qui existent dans le cortex cérébral normal et pathologique et sur quelques rapports entre le tissu cérébral et la pie-mère* ; par le Dr U. Cerletti (numéro de janvier). — Chez le lapin, on trouve, lorsque les méninges sont enflammées, dans les couches superficielles du cortex des corps élémentaires en forme de barque qui se colorent vivement par les couleurs basiques d'aniline et qui présentent des vacuoles. Sont-ce des plasmocytes au stade ultime de la régression ou des restes de karyolyse? Dans les mêmes circonstances, on les retrouve chez la taupe, le chien, le poulet, l'homme et les autres vertébrés ; ils ne paraissent pas être identiques aux clefs terminales de Golgi. L'auteur pense que parmi les nombreuses expansions névrogliques à forme plus ou moins conique qui se rencontrent à la périphérie du tissu cérébral, on peut distinguer : 1°) de larges expansions protoplasmiques qui offrent à considérer des bases, à robustes prolongements regardant les cellules névrogliques très superficielles et dirigées vers la profondeur du tissu cérébral ; 2°) de petites expansions campanuliformes véritables pieds terminaux représentant l'apex de prolongements névrogliques qui partent d'une cellule des couches profondes du tissu cérébral, vont s'insérer à la pie-mère et de préférence aux vaisseaux sanguins eux-mêmes. Cerletti différencie dans la couche superficielle du cortex ces pieds à campanule qui sont pour lui des éléments névrogliques, et espère avoir bien démontré leur insertion aux vaisseaux sanguins. Ils correspondent aux corps naviculaires qui se montrent eux aussi dans la couche superficielle du cortex immédiatement au-dessous des vaisseaux pie-mériens : ils semblent eux aussi être d'essence névroglique, mais la démonstration n'est pas encore faite.

XVII. — *Sur une forme spéciale de précipitation de la substance nerveuse et sur la structure de précipitation de divers tissus organiques* ; par le Dr Pighini (numéro de janvier). — L'auteur poursuit au laboratoir de Ceni de très intéressantes recherches sur la précipitation des colloïdes par l'alcool, le sublimé, le formol, le liquide de Müller, le nitrate d'argent, la pyridine, etc. Puis il a étudié l'action des précipitations de la substance nerveuse et du corps thyroïde par les agents analogues, il prend une quantité assez faible du tissu qu'il veut étudier, la hache, la réduit en pulpe, la traite dans un mortier avec une quantité déterminée d'eau distillée, passe sur tamis, puis à l'étamine, en porte un peu sur un porte-objet, ajoute le réactif étudié, puis colore par

©BIUM

le bleu de méthylène, la thionine phéniquée, le bleu polychrome de Unna et monte ; il obtient des aspects qui paraissent être à la fois facteurs de la substance étudiée, du réactif précipitant et du degré de concentration. Il y a tout un nouvel ordre de recherches qui a encore besoin d'être poursuivi avant qu'on puisse en tirer des conséquences qui pourraient s'appliquer à la médecine légale par exemple ou aux recherches sur la structure intime des colloïdes.

XVIII. — *Sur un syndrome obscur de tumeur cérébrale* ; par le Dr Accornero (numéro de janvier). — Il s'agit d'un homme de trente-cinq ans, atteint d'une affection cérébrale dont la nature ne put pas être reconnue pendant la vie. Elle n'avait pas les caractères de la syphilis cérébrale, ni de la paralysie générale, ni de la sclérose en plaques ; à l'autopsie, on trouva une tumeur. L'auteur conclut : il y a des cas dans lesquels le diagnostic de tumeur qui s'impose ne peut être ni précisé, ni localisé. Le symptôme « esprit railleur » n'est pas un indice certain de localisation au cerveau antérieur quoique Alfred Gordon, dans une monographie justement classique, le considère comme presque pathognomonique des lésions de la portion antérieure des hémisphères cérébraux.

XIX. — *L'insula de Reil et ses rapports avec l'anarthrie et l'aphasie* ; par le Dr Giannulli (numéro de juillet). — L'auteur commence par la description anatomique de l'insula avec ses cinq lobes en éventail séparés par quatre lignes ; il indique leurs rapports avec la région rétro-insulaire de Broca et rappelle le rôle du centre associatif médian que lui accorde von Flechsig. Il entame ensuite la question de l'aphasie et de l'anarthrie et la discussion soulevée dès 1894 par Wernicke : il rappelle les principales opinions de Dejerine, Bastiani, Bianchi, Ostrezewski, Von Monakoff, Campbell. Il étudie ensuite l'histologie de cette région, rappelle qu'elle ne contient pas de cellules de très grandes dimensions et distingue une portion antérieure et une portion postérieure. La région antérieure est caractérisée par la minceur de la ligne de Baillarger, l'absence de grosses fibres, présence de deux couches bien marquées de grandes cellules pyramidales allongées, séparées par un étage de fibres étoilées, par la présence dans ces couches de grandes cellules chromatophiles curieuses en forme de fuseau. La région postérieure présente le type commun du cortex de la région temporale. Rappelons que pour le professeur Marie l'anarthrie siège dans la couche sous-corticale de l'insula et dans le noyau lenticulaire. Y

©BIUM

a-t-il lieu de distinguer l'anarthrie de l'aphasie, comme le veut P. Marie? le centre de Broca est-il intact dans le cas de Giannulli? Sommes-nous en présence d'une aphasie totale de Dejerine? L'anarthrie doit avoir des lésions bilatérales pour Mingazzini, car pour lui l'anarthrie est la forme dans laquelle toute articulation verbale est supprimée par une lésion organique et s'accompagne de lésions sous-corticales de l'opercule de Broca dans une zone de substance blanche placée au-dessous du gyrus marginalis de l'insula. Le diagnostic de ces formes est difficile, surtout lorsqu'il y a des symptômes acoustiques, de la paraphasie, de la jargonophasie. Dans une des observations de Giannulli, le lobe temporal était envahi par le ramollissement, de même que l'insula et le noyau lenticulaire. Le centre de Broca doit être considéré comme faisant partie intégrante d'une zone unique dans laquelle doivent s'emmaganiser les représentations symboliques acoustico-motrices de la parole, mais dont on ignore encore actuellement les limites précises, quoiqu'on sache que la zone temporale de Wernicke en fasse partie. Cette aire est plus ancienne en évolution et plus élevée dans la hiérarchie que la zone visivo-graphique qui a son siège dans les circonvolutions pariéto-occipitales. La paraphasie est une expression générique qui désigne une lésion du langage, accompagnée de lésions anatomiques de l'un des points du centre cortical des fonctions de la parole. L'anarthrie serait donc une individualité clinique et anatomique qui serait réalisée par l'interruption des voies associatives motrices sous-corticales. La moitié antérieure de l'insula de Reil ferait partie de la zone de l'anarthrie.

XX. — *Syndrome catatonique dans l'âge senile*; par le Dr Bertolani (numéro de juillet). — Un homme de cinquante-cinq ans fut atteint d'affaiblissement intellectuel avec catatonie, hallucinations complexes, négativisme, maniérisme, bizarreries de caractère, confusion, dépression alternant avec une lucidité relative et du calme, idées délirantes de persécution et de religion. Si le sujet avait été plus jeune, on n'aurait pas hésité à porter le diagnostic de démence précoce. Ici, on le fait à tort, car cet état ne correspond, ni à la démence sénile précoce, ni à la presbyophrénie : cependant comme le sénile ce sujet avait de la tendance à la confabulation et de la perte de l'orientation.

XXI. — *Influence du carbonate d'ammoniaque sur la marche de l'épilepsie*; par le Dr Motti (numéro de juillet). — Conclusions. Les résultats finaux des expériences de l'auteur furent

©BIUM

complètement négatifs, c'est-à-dire que dans les quinze cas d'épilepsie qu'il a étudiés, l'administration du carbonate d'ammoniaque, bien que faite à doses élevées et croissantes et pendant une longue période de temps, n'a déterminé aucune modification notable dans la marche de la maladie. L'auteur ne veut pas faire de commentaires, et nous non plus, sur les discordances qui existent entre les résultats qu'il a obtenus et ceux que Guido Guidi (cf. plus haut) a eus par la même méthode. Il se borne à la constatation des faits et des conséquences qui en découlent pour la théorie de ceux qui voient dans l'épilepsie une intoxication par l'acide carbamique.

XXII. — *La pression osmotique du sérum et du liquide céphalo-rachidien dans quelques maladies mentales*; par les Drs Nizzi et Pighini (numéro de juillet). — Ces savants étudient les résultats de la cryoscopie et ceux de la pression osmotique du liquide céphalo-rachidien dans quelques maladies mentales, comparés aux mêmes coordonnées par rapport au sérum sanguin. MM. Widal, Sicard et Ravaut ont indiqué que le Δ du liquide céphalo-rachidien était plus élevé que celui du sérum sanguin, mais ceci n'est vrai que pour les sujets normaux et non pour les malades. Les auteurs ont éliminé du cadre de l'hydrocéphalie, l'insuffisance cardiaque, les œdèmes généralisés, les paraplégies, les hémiplégies, l'épilepsie jacksonienne, la sclérose en plaques, le mal de Pott. Ils ont étudié 8 cas de paralysie générale, 11 de démence précoce, 3 épileptiques, 2 folies alcooliques, 1 cas de folie pellagreuse, 1 de folie maniaco-dépressive, 1 cas d'idiotie, 1 de paranoïa, 1 de folie sensorielle, à la période de guérison. Dans l'épilepsie, la folie maniaco-dépressive, la paranoïa et la folie sensorielle, le Δ du sang est plus grand que le Δ du sérum. Le liquide épendymal est hypertonique par rapport au sérum comme 1 est à 1.025. Dans la paralysie générale, le Δ du sérum est de 0.579, celui du liquide céphalo-rachidien 0.595, le rapport est donc comme 1 est à 1.028; chez les déments précoces le Δ du sérum est 0.560, celui du liquide céphalo-rachidien 0.572, le rapport est de 1 à 1.023; dans l'idiotie le Δ du sérum est faible. Dans les paralysies le Δ du sérum est relativement exagéré et plus grand que celui du liquide céphalo-rachidien. Dans la démence précoce, celui du sérum est normal et le Δ du liquide céphalo-rachidien est diminué : le rapport moyen est celui de 1 à 1.024.

XXIII. — *Recherches sur l'étiologie et l'anatomie pathologique de la chorée gesticulatoire*; par le Dr T. Crudeli (numéro

©BIUM

de juillet). — L'auteur donne la classification des chorées qu'il compte suivre : premier groupe, chorées dites essentielles ; première section : chorées vraies gesticulatoires, qui comprennent la chorée infantile de Sydenham ; la chorée molle, celle des femmes enceintes, ces trois formes sont aiguës ; les formes chroniques de ce groupe sont la chorée chronique des vieillards, la chorée progressive héréditaire de Huntington ; la deuxième section est formée par les myoclonies, c'est-à-dire le paramyoclonus multiple, les chorées fibrillaires de Bergeron, de Dubini et la chorée fausse électrique. Dans le second groupe se rangent les chorées symptomatiques, hystériques et organiques, les hémichorées. La chorée de Sydenham paraît être de nature infectieuse microbienne, car fort souvent elle s'accompagne d'endocardite variqueuse, de congestion du système nerveux central, d'œdème, de petites hémorragies de la substance blanche, de dégénérescence du rein et du foie. Quelquefois hémorragies sous-durales, ramollissement rouge, foyers de sclérose. Microscopiquement, congestion des vaisseaux pie-mériens et de la membrane elle-même. Dans les formes chroniques, on a observé des atrophies des circonvolutions cérébrales, des leptoméningites chroniques avec des foyers de ramollissement du cortex et de la porencéphalie consécutive. Histologiquement, des formes d'encéphalite interstitielle et parenchymateuse dominant dans la substance grise des circonvolutions pariétales et frontales et des couches optostriées avec sclérose, dégénérescence pigmentaire et calcaire des éléments nerveux. Au point de vue bactériologique, Maragliano et Triboulet ont constaté du staphylocoque pyogènes aureus ; Wassermann, du streptocoque ; Triboulet et Coyon, des diplocoques anaérobies. Les recherches expérimentales n'ont jusqu'à présent donné aucun résultat. Dans une observation de chorée gravidique terminée par la mort, l'auteur a constaté de l'association du diplocoque aux staphylocoques aureus et albus. Il partage l'opinion de Germain Sée sur les rapports du rhumatisme articulaire aigu et de la chorée et constate que ce sont les aires des artères cérébrales moyennes et postérieures ainsi que de l'artère cérébelleuse qui sont les plus atteints. Il pose la question très controversée des rapports de la chorée de Sydenham avec celle de Huntington, et il conclut qu'il semble qu'il y a entre ces deux états simplement une différence de degré et non de siège et que l'hérédité n'est qu'une condition prédisposante et non un des symptômes cardinaux de la maladie. Donc pour Crudeli la physiologie pathologique de

la chorée gesticulatoire et son mécanisme pathogénique sont de nature complexe, comme le sont les symptômes moteurs caractéristiques. Il y a dans les cas typiques des lésions de la zone thalamo-capsulaire, des lésions du cervelet et des voies cérébello-cérébrales. Il peut d'ailleurs y avoir, en outre, un état d'excitation du cortex qui peut intervenir tant dans la production des mouvements choréiques eux-mêmes que dans les divers troubles psychiques qui accompagnent si fréquemment les chorées.

XXIV. — *Coprologie de la folie périodique. Contribution à sa pathogenèse;* par le Dr S. Pardo (numéro de juillet). — L'examen des fèces a été pratiqué sur cinq malades et à deux points de vue particuliers : 1° établir un diagnostic exact de la nature et du siège de l'affection des voies digestives; 2° éclairer le mécanisme par lequel se produit l'auto-intoxication intestinale. Pardo a donc : 1° étudié les caractères physiques des fèces au microscope et à l'œil nu, étant tenu compte des résidus alimentaires et des produits pathologiques de l'intestin; 2° étudié par l'expérimentation et l'expérience la durée de la traversée du tube digestif; 3° étudié en quantité et en qualité la flore bactérienne de l'intestin. Du côté de l'estomac, Pardo a observé de l'anorexie, de la sitiophobie, et dans les fèces un grand nombre de fibres musculaires et de fibres conjonctives; dans l'intestin, des gouttes et des amas de graisse et des grains d'amidon libre; dans le gros intestin, des modifications du calibre de la consistance et de l'odeur des fèces et des signes d'entérite muco-membraneuse. Microbes : le bacterium coli et le bacillus lactis aerogenes. Les fous périodiques sont en état permanent d'auto-intoxication gastro-intestinale : il existe à certains moments une compensation entre la quantité des toxiques existant en circulation et ceux qui sont détruits par les agents antitoxiques, mais les petits ennuis de la vie : erreurs de régime, émotions, etc., ont une action perturbatrice sur la digestion et suffisent à déterminer des phénomènes d'auto-intoxication qui, eux-mêmes, sont cause des divers troubles psychiques qui peuvent se trouver dans ces états et des phénomènes somatiques, troubles vaso-moteurs, sensitifs, etc., qui les accompagnent. La guérison de l'accès a lieu par crises diarrhéiques qui éliminent les toxines; mais la constipation entrave cette guérison, tandis que la destruction de certaines bactéries par d'autres plus vivaces et moins dangereuses la favorise. Il paraît vraisemblable que certains syndromes psy-

©BIUM

chopathiques sont causés par des poisons spécifiques produits par des microbes déterminés ; le cocco-bacillus paraît être l'un d'eux. Ces vues sur la pathogenèse des formes périodiques paraissent confirmées par certaines méthodes thérapeutiques et Pardo espère que, bientôt, elles recevront de la pathologie expérimentale des confirmations éclatantes.

XXV. — *Sur la pathologie de la démence précoce et sur les phases aiguës qu'on y rencontre ;* par le Dr Pighini (numéro de juillet). — Dans la démence précoce on trouve des atrophies des cellules du cerveau avec chromatolyse, de l'augmentation de la névroglie dans les couches profondes du cortex, des lésions des méninges, des altérations, des éléments spermatiques, des testicules, des capsules surrénales, du foie, de l'hypophyse, de la rate, des ovaires, des hypoplasies de l'aorte, de l'épaississement de la calotte cranienne. Pavlov et Ceni ont montré les étroites relations qui existent entre les altérations du cerveau et celles des glandes sexuelles. L'agent morbide est encore inconnu et pourrait bien être un streptocoque, celui de Bruce. Parmi les symptômes somatiques qui accompagnent les troubles mentaux, signalons les œdèmes du visage et des extrémités, parfois localisés à quelques parties, la desquamation de l'épiderme, les sueurs diffuses, la salivation, l'irrégularité de la circulation et du pouls, l'hypothermie, les variations fréquentes du poids du corps. Au début, on observe de l'agitation motrice, de l'accélération du pouls et de la respiration, de l'élévation thermique, de la dilatation des pupilles, de l'exagération de la réactivité tendineuse, des tremblements musculaires, l'odeur acétonique de l'haleine, la sitiophobie, la richesse des urines en composés azotés, phosphorés ou sulfureux, la diminution du poids du corps. On doit distinguer la confusion mentale de la démence précoce de la confusion mentale vraie. Pendant les phases aiguës de la démence précoce, il y a une abondante destruction de nucléo-protéides qui ne s'observe pas dans la phase chronique. Au stade de démence, lorsqu'il y a encore marche aiguë, on trouve de la destruction des matériaux protéiques, phosphore et soufre, diminution du poids du corps très considérable et élimination exagérée de l'urée. La confusion mentale primitive guérit assez rapidement, le délire aigu se termine par la mort. Pendant les phases aiguës, les hallucinations et le négativisme persistent, la stupeur est un signe de passage à l'état chronique, il en est de même des améliorations passagères. Pour les auteurs français la démence précoce peut suc-

céder à une psychose d'une autre nature (vésanie Cullerre). Elle peut se terminer par la méningite tuberculeuse (Doutrebente et Marchand).

Pour Régis, la démence précoce serait une confusion mentale devenue chronique ; mais tout ceci ce sont des vues de l'esprit. Dans la démence précoce, Koch a montré qu'il y avait diminution du soufre neutre et augmentation du soufre inorganique. Lhermitte et Camus y ont signalé l'hyperleucocytose. Conclusions : dans la première période, il y a un processus irritatif et destructif, tandis que la deuxième période laisse des lacunes anatomiques et fonctionnelles. Au début, il y a excitation, plus tard, dépression, défaut.

XXVI. — *Contribution à l'étude de l'infantilisme sexuel par lésions cérébrales. Recherches expérimentales* ; par le Dr O. Bertolini (numéro de juillet). — L'auteur est un élève de Ceni, qui a collaboré aux recherches résumées plus haut sur les coqs dont le cerveau a été décortiqué. Souvent, les animaux, lorsqu'ils ne meurent ni de shock ni de cachexie, sont atteints de dépression sexuelle, de dépérissement. Souvent aussi, après une période de bien-être relatif, ils deviennent déprimés et asthéniques et meurent de cachexie. Les testicules sont souvent, après l'opération, réduits de volume et de poids, ils subissent, surtout les jeunes, un arrêt de développement. Les cellules de Sertoli sont en grande majorité dégénérées et les quelques spermatophores qui subsistent sont très altérés. Les colonnes grises de la moelle et du bulbe sont également très atteintes, comme le démontrent la méthode de Marchi et celle de Nissl. Les jeunes sujets présentent très vite de l'infantilisme sexuel. Quelles sont les causes de ce trouble? Un arrêt de développement de la sphère génitale. Quelle en est la cause déterminante? Des troubles trophiques ou des modifications des glandes à sécrétion interne.

XXVII. — *Les aliénés criminels dangereux et la nécessité de les garder dans des instituts spéciaux* ; par le Dr Riva (numéro de juillet). — La nouvelle loi italienne de 1904 sur les manicomes a, pour des raisons d'économie, supprimé les manicomes judiciaires et décidé de remettre aux asiles provinciaux les aliénés qui ont accompli leur peine et ceux qui sont acquittés pour faiblesse d'esprit alors même qu'ils sont très dangereux. Les autorités provinciales soutiennent qu'elles n'ont point à supporter cette dépense et les asiles libres refusent cette catégorie non prévue de pensionnaires. D'un autre côté, l'opinion publique demande à être efficacement protégée contre ces gens

©BIUM

dangereux qui peuvent sortir d'un manicome même d'une façon régulière et sur la demande de leur famille et malgré l'avis contraire du directeur. Il devrait cependant y avoir des règles spéciales pour la sortie de ces malades. Les asiles sont insuffisamment disposés pour recevoir ces sujets dangereux, le traitement qu'on peut leur y faire subir est illusoire. Ce sont, dit Tanzi, des loups dans une bergerie, des anormaux dans un milieu de malades : ils peuvent fomenter des révoltes, exciter les autres contre les médecins et les infirmiers, ils ont des habitudes d'indiscipline souvent contractées dans les prisons : ils se livrent à des actes impulsifs ? Que faire de tels individus dans les asiles-villages ou les asiles-colonies? Les quartiers d'agités ne sont point faits pour eux qui sont habituellement calmes. De plus, pourquoi obliger d'honnêtes gens devenus aliénés à subir de pareilles promiscuités. On a bien prévu des sections spéciales dans le règlement de février 1904 : c'est trop ou trop peu et, en tout cas, très dispendieux. D'un autre côté, il est des aliénés condamnés qui ne diffèrent en rien des autres malades. A l'asile de Saint-Lazare, il est entré 1.295 hommes, sur lesquels 59 provenaient des manicomes judiciaires ou des prisons et avaient bénéficié d'un acquittement ou d'un non-lieu, 17 étaient des délirants — déments précoces, 7 ; épileptiques, 3 ; phrénasthéniques, 2 ; séniles, 4 ; maniaco-dépressif, 1 — 38 n'étaient pas de véritables délirants, 29 étaient atteints de folie morale et d'alcoolisme sur un fond dégénératif. L'auteur rapporte l'observation d'un de ces derniers ayant subi dix-huit condamnations avant d'être interné : il vaudrait mieux encore, à défaut d'établissements spéciaux, des quartiers annexés aux prisons dont les gardiens sont plus habitués à ce genre de sujets que le personnel des asiles.

XXVIII. — *Sur l'autonomie de la psychose catatonique aiguë par rapport à la démence précoce catatonique* ; par le Dr A. Morselli (numéro de juillet). — De l'examen comparatif des deux groupes de malades appartenant, suivant les conceptions actuelles de la psychiatrie, à la démence précoce et à la psychose catatonique aiguë, on peut conclure avec Fürmann qu'il y a une différence profonde entre ces deux processus psycho-pathologiques. En effet, dans l'un, les symptômes présentés appartiennent à un processus chronique tendant à l'incurabilité et aboutissant à la démence ; dans l'autre, ce sont des processus aigus aboutissant à la guérison. L'acuité d'un syndrome pulmonaire, gastrique, etc., indique, en pathologie générale, plutôt

une terminaison prompte qu'un passage à la chronicité. Ce sont, comme l'on sait, les processus morbides qui débutent le plus lentement, qui progressent de la même manière, qui sont ceux qui se terminent par l'incurabilité. Mais il peut arriver qu'une forme aiguë, débutant brusquement et évoluant de même, devienne à un moment donné chronique. Il en est ainsi de la catatonie, qui peut passer de la variété curable à la variété chronique. Le passage à la démence peut survenir après le début précoce d'un affaiblissement mental. Ce passage se fait sous des influences qui sont encore actuellement mal déterminées. Il est certain que les deux entités cliniques, catatonie et démence précoce, semblent se développer en partant d'un même point d'origine, mais diverger ensuite. La différence qui existe entre elles va toujours en s'accentuant de plus en plus à mesure que le processus psychopathologique évolue jusqu'à atteindre un degré maximum dont les terminaisons sont tout à fait opposées. Pour Morselli, il y aurait d'autres différences : l'absence d'hallucinations initiales et leur rareté dans le cours de la maladie ; l'émotivité qui n'y est pas altérée aussi profondément ; l'extériorisation volontaire qui reste précise. La persistance des sentiments expliquerait de quelle manière la volonté se montre aussi atteinte dans la catatonie que dans la démence précoce et arrive à supprimer les appétits et les désirs du sujet. Si un tableau clinique offre dans sa marche, dans sa terminaison et probablement dans ses symptômes, des caractères différents de ceux d'un processus voisin, on ne doit pas les confondre, l'un et l'autre ont le droit de figurer dans la nosographie; on doit chercher à les séparer car ils représentent deux entités cliniques différentes l'une de l'autre.

XXIX. — *Recherches électriques sur le sang des malades mentaux* ; par le Dr Benigui (numéro de juillet). — Benigui prépare des tubes de verre de 100 millimètres de long et de 2 millim. 1/2 de diamètre intérieur. Il effile le tube à une de ses extrémités jusqu'à avoir un orifice capillaire ou presque : piqûre au doigt ou au lobule de l'oreille du malade, on recueille le sang dans un verre de montre, de là on l'aspire dans le tube fin. On place le tube rempli au point fixe d'un spintéromètre pendant que l'extrémité capillaire reste libre, le tube étant placé horizontalement. L'auteur règle la longueur de l'étincelle à 18 centimètres, il ouvre ensuite le circuit. L'étincelle pénètre par le petit trou du tube horizontal, passe à travers la colonne sanguine pour arriver à l'autre extrémité immergée dans une

©BIUM

petite partie du sang. Chaque 5 secondes, interruption du courant et examen par transparence de la colonne sanguine. Pour juger si l'hémolyse est complète, on se base sur la transparence caractéristique qu'acquiert le sang lorsqu'il revêt les apparences de la cire. Chez 10 déments paralytiques, la moyenne était de 40 secondes; chez 12 déments précoces, 31 secondes; chez 10 épileptiques, 30 secondes; chez 8 pellagreux, 40 secondes; chez 17 phrénasthéniques, 40 secondes pour les hommes et 32 pour les femmes. En somme, quelle que soit la forme mentale considérée, la moyenne est plus faible chez les aliénés que chez les gens sains d'esprit, où elle est de 44 secondes chez les femmes et de 49 chez les hommes. Cependant l'épreuve électrique n'offre aucun avantage sur la méthode des solutions au chlorure de sodium qui est plus précise: elle peut cependant servir de méthode de contrôle en raison de sa facile application.

XXX. — *La réaction thermique de la ponction cérébrale de Richet. Étude critique et expérimentale*; par le Dr Bergamesco (numéro de juillet). — La température des lapins et des chats peut présenter des oscillations sous l'action de diverses excitations psychiques, dolorifiques et motrices. Ces oscillations sont généralement des augmentations qui se produisent peu après l'action de la cause déterminante; elles ne sont guère perçues et sont de durée généralement courte. La température des lapins et des chats, chez lesquels les noyaux caudés viennent à être atteints, présente fréquemment des oscillations en augmentation, mais elles se développent seulement quelques heures après l'action de la cause déterminante et n'atteignent leur maximum qu'après sept à dix heures, s'en éloignent ensuite lentement; les oscillations de la température ne suivent pas immanquablement les lésions des noyaux caudés; souvent lorsqu'elles se produisent, elles sont accompagnées d'un habitus spécial de l'animal et quelquefois, à l'autopsie, il existe une dilatation des ventricules latéraux. Lorsque l'animal est revenu après l'expérience à une température normale, il ne perd pas l'attitude normale, lors même qu'il est artificiellement soumis à une élévation de température. Il ne semble donc pas que l'on doive attribuer cette élévation de température à la lésion des centres thermogènes ou thermorégulateurs. Ce serait plutôt un effet secondaire à des états irritatifs déjà connus de différents centres cérébro-spinaux : si bien que l'hyperthermie, l'impulsion à la course ne seraient que des manifestations diverses d'un

©BIUM

état anormal du système nerveux csntral ; on peut donc d'après Bergamesco désigner cet ensemble de phénomènes sous le nom de réaction thermique de la ponction cérébrale de M. Richet, en l'honneur du physiologiste qui l'a le premier décrite.

XXXI. — *Psychopathologie et étiologie des phénomènes psychoneurologiques* ; par le Dr Freud (numéro de juillet). — En cours de publication ; sera analysé lorsque le travail aura été publié intégralement.

XXXII. — *Un nouvel hypnotique : le « médinal », dans la pratique psychiatrique* ; par le Dr S. Perto (numéro de juillet). — Le médinal, sel monosodique de l'acide diéthylbarbiturique, serait d'après les expériences de Prato, un très bon hypnotique facile à administrer, toujours actif, d'action constante et prompte. Le sommeil que l'on obtient est voisin du sommeil normal, il est tranquille et continu. Le réveil n'est accompagné d'aucun trouble, d'aucune céphalée, ni de confusion, ni de torpeur. Le « médinal » est aussi un sédatif. En en prolongeant l'usage, il ne donne pas lieu à des phénomènes d'intolérance, ni à ceux de l'accumulation. Son action se maintient efficace pendant un temps très long, l'accoutumance est plus lente que celle qui se produit avec les autres hypnotiques. Il peut être administré à des sujets vieux ou affaiblis, atteints de maladies de cœur ou de la circulation ; il peut être employé par voie hypodermique.

XXXIII. — *Sur la périodicité des penicilliums verts en rapport avec la pellagre. Anciennes et nouvelles recherches* ; par le Dr C. Ceni (numéro de juillet). — L'auteur a opéré sur un matériel de 64 cultures différentes suivies pendant quatre ans. Ces différentes espèces d'ascomycètes présentent des périodes alternatives d'activité tonique maxima et minima, en rapport avec les saisons. La réaction du perchlorure de fer qui est peut-être caractéristique des phénols ne présente aucun rapport avec le degré de toxicité de la culture, mais a, elle aussi, des variations périodiques en rapport avec les saisons, par conséquent analogues, mais non identiques avec les précédentes. Les phases métaboliques annuelles correspondent à des variations assez notables des caractères physiologiques principaux des cultures, variation de la couleur du feutrage de la face inférieure et même de l'odeur caractéristique émanée des champignons eux-mêmes. Les variations de la coloration, si différentes en certaines saisons suivant les variétés, tendent pendant l'hiver à s'uniformiser entre elles ; au contraire, la face

©BIUM

inférieure de la culture peut, au moment de la toxicité minima, perdre leur aspect caractéristique et se foncer davantage. L'odeur, elle aussi, a un minimum pendant l'hiver. Il faut cependant reconnaître qu'il y a aux règles précédentes d'assez nombreuses exceptions. Il faut donc étudier chacun des éléments en soi, sans tenir compte des autres, mais le phénomène de la périodicité, qui domine tout le règne végétal, trouve là chez des êtres microscopiques, comme chez les grands végétaux, son application. Or, tous les phénomènes périodiques végétaux comprenant des stades d'activité et d'autres stades de repos en relation avec les saisons, nous sommes amenés à admettre qu'il existe des relations de cause à effet entre les saisons et les phénomènes : on peut, il est vrai, admettre avec beaucoup de botanistes, ce qui n'est d'ailleurs pas facile à démontrer, que ces variations saisonnières déterminent des phénomènes secondaires sur les plantes, et que ce sont ces phénomènes qui conditionnent les variations de la plante elle-même. D'ailleurs, en modifiant pendant l'hiver les cultures des penicillium et des aspergillus dans le sens de leur développement, on obtient malgré tout une activité toxique moindre que celle du printemps et de l'automne, quoiqu'on ait pu rencontrer des penicillium cultivés à basse température pendant des mois et qui se sont montrés hypertoxiques alors que d'autres, au printemps et à l'automne, étaient inoffensifs. Il y a là encore des points obscurs à élucider dans l'étude de ces végétaux.

XXXIV. — *Sur la morphologie de la glande thyroïde chez les aliénés*; par le professeur L. Tenchini. Note posthume publié par le Dr P. Cavatorti (numéro de juillet). — Quoique du petit nombre de cas observés on ne puisse tirer aucune conséquence, l'auteur a trouvé des altérations thyroïdiennes chez les épileptiques, les déments, les phrénasthéniques : en particulier, chez la plupart des aliénés, la densité de cet organe est inférieure à la normale, comme elle l'est par exemple dans la tuberculose, la fièvre typhoïde. Il semble que ce soit l'abondance de la substance colloïde qui amène une augmentation des fonctions de la thyroïde avec augmentation du poids spécifique. On peut être amené à croire qu'un abaissement de la fonction (hypothyroïdie) correspondrait à la diminution de la densité et de la substance colloïde.

L. Wahl.

©BIUM

JOURNAUX AMÉRICAINS

American Journal of Insanity.

ANNÉE 1909.

I. — *Recherches sur les avantages de la thyroïdectomie dans le traitement de la catatonie*; par les Drs Henry J. Berkley et Richard H. Follis (numéro de janvier). — Ces auteurs ayant essayé l'emploi des extraits thyroïdiens et de la lécithine dans le traitement de la catatonie en obtinrent quelques bons résultats, mais à peu près exclusivement au début de la maladie.

Partant de là, ils se demandèrent si une ablation partielle de la glande thyroïde ne pourrait être efficace. Dès lors ils pratiquèrent cette opération chez sept malades, tous jeunes, de dix-neuf ans à vingt-huit ans. L'opération ne se fit point toujours sans qu'on eût à craindre des complications consécutives; néanmoins toujours il y eut bonne cicatrisation. Dans quatre cas la catatonie fut améliorée, même guérie. Dans trois cas il y eut insuccès complet.

A ces observations s'en ajoute une huitième du Dr Brush qui, dans des conditions identiques, obtint la guérison de sa malade, âgée de vingt-cinq ans.

Les auteurs reconnaissent que le nombre de leurs observations est trop peu considérable pour qu'on puisse en tirer des conclusions fermes.

Les examens histologiques des parties de glandes enlevées n'ont amené à faire aucune constatation utile. Mais la bonne influence des extraits thyroïdiens au début de la catatonie permet d'inférer que les fonctions glandulaires sont troublées dans cette maladie.

Il reste en fin de compte que les dangers que l'ablation même partielle de la glande thyroïde fait courir à la vie des malades, doit rendre très circonspect sur la mise en pratique de cette opération.

II. — *Le réflexe du genou dans la paralysie générale*; par le Dr Shepherd Ivozy Franz (numéro de janvier). — Étude basée tant sur les observations de l'auteur que sur les éléments publiés par d'autres observateurs.

Dans la paralysie générale, le réflexe du genou peut être

©BIUM

exagéré, ou diminué, ou nul. Il n'est pas toujours facile à déterminer. Dans deux cinquièmes environ des cas il est exagéré, et il manque dans un cinquième.

Il est associé ou non avec d'autres troubles réflexes, notamment au cou-de-pied, à la plante des pieds; ou encore avec les troubles pupillaires et la réaction de la papille à la lumière. Mais sauf pour ces derniers, qui coexistent le plus souvent, on ne peut rien déterminer de précis dans cette association.

D'autre part, il n'a absolument aucune concordance avec le genre du trouble mental, qu'il s'agisse d'agitation ou de dépression.

Enfin, en tenant compte du moment où les malades ont été mis en traitement, l'auteur a trouvé, comme durée de la vie, environ treize mois chez ceux à qui le réflexe manquait, dix-neuf mois chez ceux à qui il était diminué, et enfin vingt mois lorsqu'il était exagéré ou normal.

III. — *Considérations sur la nécessité d'une meilleure organisation pour le traitement des maladies mentales à leur première période*; par le Dr Montgommery Mosher (numéro de janvier). — Ces considérations sont celles sur lesquelles tous les aliénistes insistent à qui mieux mieux et qui consistent tant à organiser dans les établissements spéciaux des services de maladies mentales aiguës et récentes, qu'à favoriser de toute manière la facilité d'accès des malades dans ces services.

Ce que l'article du Dr Mosher présente de particulièrement intéressant, c'est qu'il signale une innovation des plus heureuses faite à l'asile d'Albany. Dans cet asile on a consacré un pavillon au traitement des maladies mentales aiguës; les malades y sont reçus, c'est là le fait tout à fait original et bien digne de remarque, sans aucune formalité et avec la même liberté que le sont les malades admis dans les hôpitaux ordinaires. Dans des conditions de ce genre beaucoup de malades furent mis en traitement bien plutôt qu'ils ne l'eussent été si les familles avaient dû recourir aux formalités légales habituelles.

Le pavillon fut mis en service le 1er février 1902. De cette date jusqu'au 1er août 1908, 1.302 malades y sont passés. Sur ce nombre, 765 sont rentrés chez eux guéris ou améliorés; 446 sont restés sans changement; 106 sont décédés. Sur tout l'ensemble il n'y en eut que 310 qu'on dut faire admettre dans des asiles d'aliénés en se conformant aux exigences de la loi. Très peu de malades se plaignirent d'avoir été retenus malgré eux.

©BIUM

Le service du pavillon dont il s'agit est organisé de manière à faire une séparation convenable, non seulement des hommes et des femmes, mais encore des agités et des tranquilles. Il réunit tous les moyens de traitement utiles.

Il serait bien désirable que notre législation française, à la recherche du progrès, s'inspire de ce qui a été fait ainsi à l'asile d'Albany. Le bien des aliénés en profiterait énormément.

L'article du Dr Mosher signale, en outre, une loi récente de l'État de New-York (loi du 11 mai 1908), spécifiant que toute personne capable dans une certaine mesure de se rendre compte de sa maladie, pourra, sur sa simple demande, être admise en traitement dans un des asiles de l'État. Cette demande devra être faite par écrit. La sortie ne pourra être différée plus de cinq jours après qu'elle aura, dans les mêmes conditions, été réclamée par écrit. C'est encore là une bonne mesure. La lumière aujourd'hui nous vient, non du Nord, mais de l'Ouest.

IV. — *Les psychoses alcooliques dans les asiles d'aliénés*; par le Dr James M. Keniston (numéro de janvier). — L'auteur demande qu'il soit créé des établissements uniquement destinés aux alcooliques, aliénés ou non, et que dans leur placement l'autorité compétente, qui est aux États-Unis l'administration judiciaire, ordonne qu'ils resteront internés assez longtemps, au moins un an, et que pendant ce temps ils seront astreints au travail, seul mode de traitement efficace contre les rechutes dues à de nouveaux abus d'alcool; que même après plusieurs récidives ils puissent ne plus être rendus à la liberté.

V. — *Service de névropathes dans les hôpitaux ordinaires*; par le Dr Campbell Myers (numéro de janvier). — Un service de ce genre existe à l'hôpital de Toronto, où il est fort utile. On y reçoit des malades qui, paraissant s'acheminer vers la maladie mentale, ne sont pas encore réellement des aliénés, et un certain nombre ont pu y être guéris sans qu'il fut besoin de recourir à l'asile spécial. Ainsi, sur 67 malades, il y eut 22 guérisons, et 36 améliorations. Il n'y eut que 9 cas d'insuccès où la maladie mentale devint définitive. Le Dr Myers proclame qu'il serait bon que des services de ce genre fussent créés dans tous les hôpitaux.

VI. — *Etude clinique avec examen du sang dans deux cas attribués au groupe de la démence précoce*; par le Dr Francis M. Barnes (numéro d'avril). — Les deux cas concernent : un homme dont la maladie mentale commença vers l'âge de vingt-

©BIUM

huit ans et qui en avait quarante-six au moment où son histoire est relatée; une femme dont la maladie mentale avait commencé vers l'âge de vingt-sept ans et qui en avait quarante-trois au moment où elle fut l'objet d'une étude spéciale. Tous deux, depuis le début de leur maladie, sont passés par des alternances d'excitation et de dépression, d'allure très irrégulière, sans idées délirantes systématisés. L'homme eut cependant quelques idées de persécution et des hallucinations de l'ouïe non constantes; il était plus souvent excité et irritable que déprimé. La femme fut le plus habituellement déprimée, parfois même en état de stupeur; elle aussi eut des idées de persécution, ainsi que des hallucinations de l'ouïe et de la vue. Chez tous deux l'état chronique a semblé aboutir à la démence proprement dite.

L'examen du sang, fait à des périodes diverses et que l'auteur résume en des tableaux très détaillés, amène à ces conclusions, qui n'ont qu'une faible portée, à savoir qu'au début des accès d'excitation on put noter un accroissement de la leucocytose, mais qu'aucune explication satisfaisante de cette modification sanguine ne put être trouvée; peut être s'agissait-il d'auto-intoxication.

VII. — *De l'auto-intoxication dans les psychoses dépressives aiguës*; par les Drs Victor C. Myers, Gessie W. Fisher et A. R. Diefendorf (numéro d'avril). — Examen de l'état des matières fécales chez neuf malades atteints de psychoses dépressives, dont trois guérirent assez rapidement, un fut amélioré, un mourut et les quatre autres n'eurent pas de changement dans leur état. Tous, pendant le temps d'observation, furent soumis principalement au régime du lait, mais non exclusif. On y joignait un peu de viande et d'autres aliments légers. Des tableaux donnent le résultat des recherches des auteurs, qui analysèrent avec soin les matières fécales. Les analyses chimiques n'y dévoilèrent rien de nettement pathologique. Les bouillons de culture indiquèrent nettement des putréfactions intestinales, qui furent le plus marquées précisément chez le malade dont la guérison fut le plus rapide et accentuée. Cette putréfaction intestinale était d'autant plus intéressante que dans le régime on insistait sur l'usage du lait.

VIII. — *Revue des connaissances actuelles sur le séro-diagnostic dans la paralysie générale*; par le Dr Ernest Jones (numéro d'avril). — Etude purement bibliographique. Les travaux des auteurs français n'y figurent qu'en petit nombre

©BIUM

et au second plan. L'auteur a porté ses recherches surtout sur les travaux allemands.

IX. — *L'État et le traitement des aliénés* ; par le Dr Adolph Meyer (numéro d'avril). — Quelques pages consacrées sommairement à la situation de l'Etat de Maryland, où les établissements publics semblent laisser à désirer dans leur organisation. Dans cet Etat, le mouvement des aliénés est bien plus considérable dans les établissements privés que dans les établissements publics. En une année, les premiers ont reçu 612 malades, et les seconds 275 seulement. La proportion des guérisons a été de 31 p. 100 dans les privés, et de 22 p. 100 dans les publics. Le Dr Meyer sollicite l'Etat de Maryland de transformer ses asiles.

X. — *Hôpital et sanatorium « Am Steinhof » pour maladies mentales et nerveuses à Vienne (Autriche)* ; par le Dr L. Vernon Briggs (numéro d'avril). — Description de cet établissement. D'après les plans qui en sont donnés, c'est tout un monde. Il comprend soixante pavillons et couvre un espace immense. Ces pavillons sont reliés entre eux par 235 téléphones et par un petit tramway électrique destiné à assurer le service. Ils sont faits pour recevoir 3.000 malades. Chaque pavillon a en quelque sorte son existence propre. Le sanatorium recevra les malades les plus tranquilles et ceux en voie de guérison.

Assurément nulle part au monde il n'y a un établissement aussi vaste. L'avenir dira s'il vaut mieux ou moins que des établissements de plus petite envergure.

XI. — *L'immigration italienne et l'aliénation mentale* ; par le Dr Albert Warren Ferris (numéro d'avril). — Cet article commence par d'intéressantes considérations sur la composition du peuple italien, qui n'a aucune homogénéité, et dont les habitants du nord de l'Italie sont bien différents de ceux du sud. Mais, d'une manière générale, il constate que le peuple est sobre, laborieux et sait se contenter de peu.

Chaque année l'immigration apporte aux Etats-Unis près de 600.000 Italiens. Environ 200.000 rentrent chaque année dans leur pays.

Dans ce nombre, la proportion d'aliénés est relativement faible, bien plus faible que dans tous les autres peuples immigrants. Elle ne donne guère actuellement que 6 p. 100, chiffre le plus bas, alors que l'Allemagne donne 18 p. 100 et l'Irlande 25 p. 100.

Le gouvernement italien apporte une grande attention à ce

©BIUM

que nul aliéné ne fasse partie de l'immigration aux Etats-Unis, et sans doute peut-être aussi en d'autres pays. Il semble que le plus grand nombre des cas d'aliénation mentale qui se développent chez les Italiens aux Etats-Unis tiennent aux privations, au surmenage et aux difficultés de la vie dans les grandes villes.

En présence des soins du gouvernement italien à empêcher ses aliénés d'immigrer et pour encourager ces efforts, il est du devoir du Gouvernement des Etats-Unis de faire tous ses efforts pour assister ceux qui tombent malades une fois arrivés en Amérique.

XII. — *Les imbéciles à instincts criminels*; par le Dr Walter E. Fernald (numéro d'avril). — La plupart des imbéciles sont plus ou moins vicieux, ils sont dominés en général par un égoïsme d'autant plus profond qu'il est irréfléchi et les porte à satisfaire avidement toutes leurs tendances même les plus défavorables. De là vient qu'un bon nombre d'entre eux ont facilement des instincts criminels.

Le Dr Fernald rapporte sommairement une vingtaine d'observations, qui concernent des sujets de quinze à vingt ans, ornés des plus mauvaises tendances, alors que cependant ils ne sont pas au plus bas degré de l'insuffisance intellectuelle : on les voit irritables, violents, portés aux passions dangereuses, voleurs, ivrognes, enclins à toutes les formes de la débauche.

Lorsque la criminalité se manifeste chez des individus de ce genre, elle n'implique certainement pas une responsabilité identique à celle des autres criminels.

XIII. — *La tuberculose dans les asiles d'aliénés*; par le Dr Richard H. Hutchings (numéro d'avril). — La tuberculose est assez commune dans les asiles d'aliénés. Il y a peu de temps, la proportion des décès de tuberculeux était d'environ 27 p. 100 et même, chez les nègres, allait jusqu'à 51 p. 100. Mais de grands efforts ont été faits depuis quelque temps pour enrayer le mal. On s'est appliqué notamment à séparer tout à fait les tuberculeux des autres aliénés. Grâce aux diverses mesures mises en œuvre, on a vu, en quelques années, la proportion de la mortalité pour tuberculose tomber à 9 p. 100 chez les blancs et à 22 p. 100 chez les nègres, et l'on espère arriver à mieux encore.

XIV. — *Cas de démence précoce*; par le Dr A. A. Brill (numéro de juillet). — Ce cas concerne un jeune homme de vingt ans qui, à la suite de déceptions amoureuses, tomba dans une grande dépression et fit des tentatives de suicide. Il avait

©BIUM

de la confusion mentale, murmurait à chaque moment : « Que sont devenus les chevaux blancs ? » Il semblait avoir des hallucinations.

Admis en clinique le 22 janvier 1908, il resta pendant quatre jours dans la même dépression, puis s'améliora rapidement, et dès le 31 janvier il était rendu à sa famille, paraissant revenu à son état normal.

Le Dr Bill dit que ce cas ne peut guère être appelé démence. Il le rapproche de faits dans lesquels, après des phénomènes morbides identiques, la guérison se produisit au bout de deux ou trois ans. Mieux vaudrait en effet les qualifier cas de confusion mentale.

XV. — *De la folie comme excuse de crime*; par le Dr John B. Chapin (numéro de juillet). — Il s'agit ici d'affaires judiciaires dans lesquelles la folie dite transitoire a été invoquée comme excuse d'attentats criminels, que d'ailleurs rien n'expliquait suffisamment, et où cette excuse a déterminé l'acquittement des accusés.

Le Dr Chapin se demande si l'on est bien fondé à faire intervenir si aisément la folie dans des cas de ce genre, et s'il ne faudrait pas plutôt attribuer les actes criminels à des accès passionnels, où l'exagération d'une passion, la colère, par exemple, a poussé l'individu malgré lui au crime.

Il se demande encore si, dans les cas de ce genre, au lieu d'acquitter les inculpés, il ne vaudrait pas mieux les soumettre à des pénalités établies autrement que pour des criminels ordinaires.

XVI. — *Le témoignage des aliénistes en justice*; par le Dr Britton D. Evans (numéro de juillet). — Il arrive assez souvent que dans des affaires judiciaires où l'aliénation mentale est mise en cause, les aliénistes cités comme témoins, et non comme experts proprement dits, émettent des opinions divergentes. A plus forte raison peut-il en être ainsi lorsque des médecins non aliénistes interviennent.

Le Dr Evans se demande si pour éviter les effets de ces divergences, il ne vaudrait pas mieux que les médecins appelés en ces affaires eussent été désignés par les tribunaux eux-mêmes.

Mais tout en convenant que, dans les conditions actuelles, les contradictions des appréciations médicales puissent avoir des inconvénients, contradictions qui sont dues à des causes diverses où il est même possible de rencontrer l'animadversion de méde-

©BIUM

cins les uns pour les autres, il estime que mieux vaut conserver le système en usage. Du reste rien ne garantirait que des contradictions du même genre, et pour les mêmes causes, ne vinssent à se produire entre des experts officiellement nommés.

XVII. — *Etude comparative entre les admissions et les sorties pendant cinq années dans les asiles d'aliénés de Massachusetts*; par le Dr E. Stanley Abbot. — En consultant les tableaux statistiques fournis par les inspecteurs des asiles de Massachusetts, le Dr Abbot voit que les aliénés y sont classés sous quarante-sept dénominations différentes de formes d'aliénation mentale. Cette grande multiplicité de formes tient à ce que les uns conservent les anciennes nomenclatures, que d'autres adoptent des classifications plus récentes, enfin qu'un certain nombre désignent les maladies par leurs manifestations symptomatiques.

Le Dr Abbot s'est efforcé de condenser tous ces états en les ramenant à neuf groupes constitués presque tous d'après la terminologie des classifications de Kraepelin.

Partant de là, il a constaté que environ 48 p. 100 des cas concernent ou la démence dite précoce ou les maladies organiques du cerveau, et que dans ce nombre il y a fort peu de guérisons; environ 35 p. 100 comprennent la forme morbide dite maniaque dépressive ou la folie d'origine toxique, et sur cette proportion il y a environ moitié de guérisons. Le reste des admissions réunit les états de débilité mentale, de folie épileptique et les cas d'un diagnostic difficile, et dans ce dernier groupe comme dans le premier, il y a fort peu de guérisons, et encore celles-ci sont-elles attribuées presque toutes aux cas insuffisamment diagnostiqués.

XVIII. — *L'aliénation mentale à son début et les admissions dites volontaires* ; par le Dr Albert Warren Perris, président du Conseil des Inspecteurs des aliénés de l'Etat de New-York. (numéro de juillet). — L'Etat de New-York, après avoir toléré les admissions volontaires des aliénés dans les asiles privés, les a établies par une loi dans les asiles publics. Les effets de cette loi ne se sont pas encore beaucoup fait sentir. Cela tient à ce que le public est encore trop porté à croire que les asiles ne sont faits que pour des aliénés incurables et diffère indéfiniment de les y faire admettre.

On peut espérer qu'avec le système des admissions volontaires, qui supprime les formalités d'entrée, sous certaines conditions, les malades seront amenés de plus en plus tôt dans

©BIUM

les asiles, que leurs chances de guérison seront augmentées, et que, de là, il résultera de grandes économies pour le service des aliénés. En effet, jusqu'ici, la durée moyenne d'hospitalisation de chaque aliéné a été d'environ neuf années. Les admissions volontaires facilitant les guérisons, peut-être la moyenne d'hospitalisation sera-t-elle réduite à deux ou trois ans, et cela constituera un allégement certain pour les finances publiques.

XIX. — *Aliénation mentale associée à la maladie de Graves*; par le Dr Frédéric H. Packard (numéro d'octobre). — Analyse de 82 observations, quelques-unes recueillies par le Dr Packard, les autres empruntées aux travaux publiés sur la question.

Des 82 cas, 20 concernent des hommes, 62 des femmes.

Dans 54 cas, il y avait de l'hérédité de maladie mentale; dans 6 cas, hérédité de goitre exophtalmique.

Dans 12 cas, la maladie mentale avait précédé l'apparition des symptômes de la maladie de Graves.

Dans 32 cas, l'apparition des deux ordres de phénomènes avait été presque simultanée.

L'intervalle entre le début de la psychose et celui du goitre exophtalmique a été fort variable, jusqu'à deux ans dans un cas qui avait débuté par la psychose.

Les troubles mentaux, dans cette sorte d'association, furent très divers; on y a trouvé de la dépression ou de l'excitation, des idées délirantes systématisées, de l'anxiété, de l'irritabilité, des hallucinations, de l'affaiblissement intellectuel, des phobies et d'autres manifestations morbides.

Aucune observation n'est semblable à une autre, et il n'y a pas plus d'homogénéité dans les modes de début ou dans l'évolution.

Sur les 82 observations, il y eut 10 guérisons. Deux fois seulement, il y eut évolution rapide vers la démence.

Le Dr Packard envisage une étiologie commune, tant pour la maladie de Graves que pour la psychose, en pareil cas, à savoir : les altérations de la glande thyroïde.

XX. — *Analyse des phénomènes mentaux d'un cas d'hypomanie*; par le Dr Ernest Jones (numéro d'octobre). — Ce qui est appelé ici hypomanie semble bien n'être que délire de persécution chez une dégénérée. La malade, en effet, s'imaginait qu'on voulait l'empoisonner, que l'on conspirait contre elle. Fortement érotique, elle avait des spasmes génitaux en voyant une pêche, qui lui rappelait les organes génitaux de l'homme; elle s'imaginait que bien des gens étaient amoureux d'elle, en

©BIUM

même temps qu'ils cherchaient à lui nuire. Mariée, mais s'imaginant que la cérémonie de son mariage n'avait été qu'une farce, elle avait plusieurs fois trompé son mari et ne croyait pas avoir mal fait. Elle se croyait aussi tourmentée par de l'électricité et interprétait à sa manière un grand nombre des choses qui se passaient autour d'elle. Parfois, elle eut de violents accès d'excitation.

XXI. — *L'impressionnabilité dans la démence précoce*; par le Dr Charles Ricksher (numéro d'octobre). — Les recherches qui sont analysées dans cet article ont une base bien fragile. On s'y est attaché à déterminer, chez des malades atteints de la soi-disant démence précoce, quel était le degré de la démence en se basant soit sur l'aptitude à répéter, au bout d'un certain nombre de secondes, des mots, ou indiquer les objets figurés dans des images.

Un premier obstacle à cette détermination, c'est la diversité du degré d'attention chez les malades, et cet obstacle est précisément d'autant plus sérieux que l'affaiblissement de l'attention est indiqué comme un des signes importants de la démence précoce.

De ses recherches, le Dr Packard croit pouvoir déduire, entre autres choses, qu'en règle générale les hommes donnent des réponses plus correctes que les femmes et qu'ils sont plus longs à répondre; que le degré de démence ne dépend ni de la plus ou moins longue durée de la maladie ni de la plus ou moins grande durée du séjour dans un asile.

XXII. — *L'hystérie*; *ce qu'elle est*; *ce qu'elle n'est pas*; par le Dr Charles K. Mills (numéro d'octobre).

Le Dr Mills prend particulièrement à partie les idées de Babinski sur l'hystérie et les juge contestables. Il donne les conclusions suivantes :

L'hystérie est une maladie dite fonctionnelle, parce que son anatomie pathologique est mal comprise, bien que, sans doute, elle en ait une.

Elle a sa base dans un état constitutionnel appelé, avec plus ou moins de raison, tempérament neuropathique ou dégénérescence.

Elle se manifeste par des symptômes bien déterminés, moteurs, sensoriels, vaso-moteurs, viscéraux et mentaux.

Elle provient de plusieurs causes, dont la principale est la suggestion, mais où l'on peut voir intervenir les émotions, les accidents physiques ou diverses maladies.

©BIUM

Elle est souvent améliorée et parfois guérie par la psychothérapie, mais peut aussi retirer profit d'autres moyens thérapeutiques : repos, médicaments, alimentation, électricité, changement de séjour.

Elle est une psychonévrose, et doit être nettement séparée de la psychasthénie et de n'importe quelle forme de maladie mentale.

Elle doit aussi être distinguée de la neurasthésie, bien que toutes deux soient souvent combinées ensemble.

Enfin, elle n'est point une simulation, bien que les hystériques aient une grande tendance à simuler.

XXIII. — *Psychoses neurasthéniques et psychasthéniques*; par le Dr Henry P. Frost (numéro d'octobre). — Ce qui distingue les unes des autres, c'est que, dans les psychoses neurasthéniques, il y a surtout de la fatigue physique ou mentale, survenue de diverses manières, de la diminution de l'attention, de la difficulté à s'appliquer, de l'indécision, de l'instabilité émotive et de la dépression; tandis que dans les psychoses psychasthéniques il y a surtout de l'anxiété morbide, des craintes et des impulsions, sans les manifestations de fatigue ou de dépression des autres psychoses. Les unes et les autres s'observent rarement dans les asiles d'aliénés. Dans l'asile de Buffalo, le Dr Frost n'en a rencontré que dans la proportion de 1 p. 100 des malades admis.

Les individus qui en sont atteints conservent relativement plus de lucidité et d'intelligence que les autres aliénés. Dans les cas bien accentués, la discipline de l'asile et la régularité de la vie qu'on y mène sont des facteurs importants de guérison.

XXIV. — *De quelques origines en psychiatrie*; par le Dr Clarence B. Farrar (numéro d'octobre). — Suite d'études historiques précédemment commencées. Le Dr Farrar y rappelle les noms et les œuvres d'aliénistes anciens et modernes, remontant même jusqu'à Hippocrate et Galien, en passant par Cullen, pour arriver jusqu'à Tuke, Pinel, Griesinger, Heinroth, jusqu'à Falret et Kraepelin.

Les générations actuelles d'aliénistes semblent avoir une tendance si marquée à ne tenir aucun compte du passé et à oublier les noms mêmes des plus illustres des aliénistes, ceux même des générations les plus récentes, que l'on doit savoir grand gré au Dr Farrar d'avoir voulu rappeler la mémoire et les principaux travaux d'un certain nombre d'entre eux.

XXV. — *Épilepsie consciente*; par le Dr L. Pierce Clark

©BIUM

(numéro d'octobre). — Trois observations, très brièvement rapportées, que le Dr Clark rapproche de celles qui ont été produites en France par Lemoine, et dans lesquelles les malades, au cours des attaques convulsives, restaient plus ou moins conscients et pouvaient répondre à ce qu'on leur demandait. L'attaque passée, ils tombaient, comme tout épileptique, dans une dépression profonde et inconsciente.

VICTOR PARANT père.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Ergebnisse persönlich erhobener Katamnesen bei geheilten Dementia praecox Kranken (Résultats fournis par une enquête médicale personnelle sur des sujets guéris de démence précoce); par le Dr Hans Schmid, assistant de la clinique psychiatrique de l'Université de Lausanne. Broch. in-8°. Extrait de la *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, numéro du 12 juillet 1911.

Il s'agit, ainsi que l'auteur l'indique par un sous-titre, d'un essai de distraire de la catatonie certaines formes de confusion mentale aiguë au profit de la folie maniaque-dépressive. Dans un travail récent, Alzheimer a insisté sur la nécessité de bien délimiter la démence précoce, et a signalé, comme un problème important de la psychiatrie, le diagnostic différentiel de cette affection, d'origine organique, et d'autres psychoses d'origine fonctionnelle, notamment de la folie maniaque-dépressive. Il considère, en outre, la curabilité de la démence précoce comme restant à démontrer; ce qui, d'ailleurs, est aussi l'avis de Kraepelin, d'Aschaffenburg, de Klipstein, de Bleuler, etc. Pour contribuer à la solution du problème psychiatrique ainsi posé, l'auteur a soumis à la revision tous les malades portant l'étiquette de démence précoce, sortis de l'asile de Céry (Lausanne) de 1901 à 1910. Contrairement à Bleuler et d'autres, qui s'en tiennent aux renseignements obtenus par correspondance, Schmid, malgré les difficultés de l'entreprise, a revu personnellement, soit à leur domicile, soit à son cabinet, tous les sujets en question. Il considère que c'est la seule méthode mettant à l'abri des erreurs.

En effet, sur les 636 déments précoces sortis en dix ans, les renseignements par correspondance avaient donné les résultats suivants : introuvables, 170; décédés, 46; réinternés avec changement de diagnostic, 11 (dont 8 dans le sens de la folie maniaque-dépressive); tombés en démence, 263 (dont 201 actuellement internés); incomplètement guéris (c'est-à-dire présen-

©BIUM

tant encore certaines anomalies), 78; et enfin, complètement guéris, 76.

Les guéris incomplètement répondent à ce que Raetze et Meyer appellent des « socialement guéris », présentant des particularités, selon eux, sans importance, ne les empêchant pas de reprendre leurs occupations et leur rang dans la société. En regardant de plus près, ces prétendus socialement guéris sont, de l'avis de l'auteur, d'accord en cela avec Kraepelin, Dreifuss et Gaupp, de vrais malades.

Quant aux 76 sujets complètement guéris, d'après l'enquête par correspondance, Schmid a pu soumettre 68 d'entre eux à un nouvel examen personnel et faire la revision de l'histoire de leur maladie. Or, 25 d'entre eux présentaient encore des symptômes non équivoques de maladie mentale. Les 43 autres ne présentaient plus, il est vrai, aucun symptôme pouvant être considéré comme un reliquat de démence précoce, mais l'examen direct et l'étude critique de leur observation clinique a amené chez l'auteur la conviction qu'ils n'ont jamais été atteints de démence précoce. 22 d'entre eux sont, d'après l'auteur, à ranger dans la catégorie des états confusionnels; 14, dans la folie maniaque-dépressive; 5, dans les psychoses hystériques. Les 2 autres, ne rentrant dans aucun autre cadre, relèvent peut-être de la démence précoce. Sur 455 cas soumis à cette revision, cela ferait donc en tout 2 cas de guérison à mettre au compte de la démence précoce.

On ne peut suivre ici l'auteur dans l'exposé remarquablement documenté, tant par l'étude de la littérature médicale que par des observations personnelles, par lequel il met en évidence les difficultés du diagnostic différentiel entre la démence précoce, les états confusionnels et la folie maniaque-dépressive, ainsi que les causes d'erreur de diagnostic; il suffira de résumer ici ses conclusions, qui sont les suivantes : A mesure qu'on remplace les renseignements par correspondance par un examen direct, on peut se convaincre que Kraepelin a raison contre Schüle et d'autres auteurs, en déclarant que la preuve de la curabilité, dans le sens scientifique, de la démence précoce, n'est pas faite. Si la doctrine de l'incurabilité est établie, il y a lieu de distraire de la démence précoce les psychoses curables. Aussi, l'auteur fait-il remarquer que, sans idée doctrinale préconçue, mais en relevant simplement la fréquence de la confusion mentale chez les sujets incontestablement guéris, il a été amené à faire rentrer ce groupe dans le cadre des états confu-

©BIUM

sionnels, et il est porté à admettre que les cas si nombreux de confusion mentale à pronostic favorable, qu'on trouve dans la littérature, ont passé aujourd'hui dans les rangs de la démence précoce. La chose n'est pas pour étonner, quand on considère que la confusion mentale peut présenter la plupart des symptômes typiques de la démence précoce. D'autre part, le grand nombre de cas de folie maniaque-dépressive relevés parmi les cas de guérison distraits de la démence précoce vient à l'appui de l'opinion de Kraepelin, qui estime que, dans la plupart des cas, sinon dans tous, les états confusionnels aigus naissent sur le terrain des mêmes prédispositions que la folie maniaque-dépressive.

L'observation ultérieure établira si la tentative de distraire de la catatonie les états confusionnels au profit de la folie maniaque-dépressive est justifiée; mais les observateurs devront s'astreindre à soumettre, à la sortie de l'asile, les malades à un examen aussi rigoureux qu'à l'admission. Ils devront même revoir les sujets après la sortie, pour éviter de prendre pour un état démentiel les états terminaux de la confusion mentale, qui peuvent, parfois pendant une durée assez longue, en imposer pour un état d'affaiblissement intellectuel.

L'auteur signale, en terminant, que ses observations ont démontré la justesse de la comparaison des états confusionnels avec l'état de rêve, comparaison qui, depuis Meynert, a souvent été faite. Régis est allé jusqu'à parler d'un délire onirique et de l'heureuse influence de la suggestion hypnotique dans le stade terminal des états confusionnels. L'auteur accueille avec réserve cette opinion. Au point de vue thérapeutique, il résulte, d'après l'auteur, un réel préjudice pour le malade si les états confusionnels sont pris pour de la démence précoce; car, d'après Kraepelin, les malades de la première catégorie gagnent à être isolés, à ne recevoir des visites que lorsque leur état le permet, à n'être pas mis prématurément en liberté; tandis qu'il y a contre-indication à isoler les déments précoces, que les visites leur sont moins souvent nuisibles et que la sortie précoce agit souvent de manière favorable sur leur état. Enfin, un malade qui peut guérir subit, au cours de sa maladie et après sa guérison, un préjudice du fait d'avoir été considéré comme incurable.

Dr Adam.

©BIUM

Manuel technique de l'infirmier des établissements d'aliénés; par les Drs Roger Mignot et L. Marchand, médecins en chef de la Maison nationale de Charenton. 1 vol. in-12, cartonné. Paris, Octave Doin et fils, 1912.

Changer le nom des gardiens en celui d'infirmiers, c'est se payer de mots, si on ne leur donne pas une éducation professionnelle les rendant aptes à devenir des collaborateurs de l'œuvre médicale. Les efforts constants faits dans ce sens ont abouti à la création d'écoles d'infirmiers dans certains grands asiles. Une de ces écoles fonctionne depuis deux ans à la Maison nationale de Charenton. Frappés, comme leurs prédécesseurs, des difficultés que, faute d'expérience du travail intellectuel, éprouvaient les infirmiers à suivre les cours et à prendre des notes utilisables, les deux médecins en chef de l'établissement acquirent la conviction que l'enseignement oral devait être complété, et fixé, dans la mémoire, par l'instruction du livre. Telle est, d'après P. Sérieux et Ed. Toulouse qui en ont écrit la préface, l'origine du manuel technique de l'infirmier des établissements d'aliénés, que viennent de publier R. Mignot et L. Marchand.

L'action bienfaisante de ce manuel s'étendra certainement au delà du cercle pour lequel il a été écrit. Il est appelé à rendre les plus grands services et aux infirmiers et aux chefs de service qui entreprendront de faire des cours dans leurs établissements.

Dans les quatre premiers livres, les auteurs font l'exposé des notions d'anatomie et de physiologie, de petite chirurgie, de pharmacie et d'hygiène que doit posséder toute personne appelée à donner habituellement des soins aux malades et qui veut le faire avec intelligence et avec goût. Les auteurs ont fait cet exposé dans une forme concise et claire qui met ces données élémentaires à la portée de tout sujet ayant reçu une bonne instruction primaire.

Ce n'est qu'après ces leçons utiles à tout infirmier en général que les auteurs traitent des soins à donner aux aliénés en particulier, et consacrent finalement un chapitre aux notions d'administration. En suivant cette marche, ils ont évidemment voulu mettre en relief cette notion que l'aliéné est avant tout un malade et que l'asile n'est autre chose qu'un hôpital spécial.

Aussi, chaque fois que l'occasion s'en présente, s'efforcent-

©BIUM

ils d'extirper de l'esprit du lecteur l'erreur encore trop répandue qui fait considérer les affections mentales comme des maladies honteuses et incurables, et les asiles comme des lieux de détention. Leur insistance sur ce point est absolument justifiée. C'est le point capital, c'est la base indispensable de toute formation professionnelle de l'infirmier d'établissement d'aliénés.

A partir du livre V, nous entrons en pleine spécialité psychiatrique. Les auteurs, dans les cinq chapitres de ce livre, traitent des différents quartiers de l'asile (infirmerie, agités, gâteux, etc.). Ils donnent pour chaque quartier les indications et les instructions les plus détaillées et qui se ressentent très avantageusement du passage de MM. Mignot et Marchand dans les asiles de province, où ils ont été aux prises avec des difficultés provenant de l'insuffisance professionnelle et numérique du personnel, et qui disparaissent avec un personnel stylé et nombreux comme celui des asiles de la Seine ou de Charenton.

Je ne saurais dans le cadre restreint de cette analyse donner un aperçu de chaque chapitre de l'ouvrage. Dans chacun on trouve, en plus de ce qu'on était en droit de s'attendre à y trouver, des données dont l'étudiant et le médecin peuvent faire leur profit; ne serait-ce que la manière de combattre le gâtisme, celle de soigner les agités. Partisans du no-restraint, les auteurs ont eu le courage de voir dans les moyens de contention un mal non toujours évitable. Ils ont bien fait d'enseigner la façon de les appliquer, et mieux encore d'ajouter que l'on juge de la valeur des infirmiers par le petit nombre de moyens de contention qu'on est amené à autoriser dans le service.

Le médecin ayant des chefs de quartier bien pénétrés des « instructions relatives aux malades nouveaux » verra souvent son diagnostic rendu plus aisé; il verra aussi décroître les accidents tels que suicide, meurtre; il se sentira bien secondé en cas d'asphyxie, de syncope, etc.

Je signale encore au passage la consigne d'incendie, qui serait à afficher dans les locaux occupés par le personnel, et les instructions relatives aux transferts, dont le caractère pratique est évident.

Avant de consacrer un sixième et dernier livre aux notions administratives qui, sinon indispensables, sont au moins utiles à un infirmier dans diverses circonstances, MM. Mignot et

©BIUM

Marchand ont condensé dans un chapitre spécial les préceptes de haute portée morale qui se dégagent de tout l'ouvrage. Ici encore, ils se sont révélés fins observateurs, en attirant l'attention du personnel sur certains détails qui, pour des profanes, pourraient paraître mesquins, mais dont l'observance contribuera à rendre moins pénible le souvenir que le malade gardera de l'asile. Donc quatre cents pages à mettre entre les mains de tous les infirmiers, et à lire par tous ceux qu'intéressent l'organisation et le fonctionnement du service médical dans les asiles.

A. ADAM.

La vérité sur Lourdes; par le Dr Rouby (d'Alger), 1 vol. in-8°, Paris, Emile Nourry, 1910.

Le but de ce travail est de prouver qu'il n'y eut rien de miraculeux dans les apparitions de Bernadette, la petite héroïne de Lourdes, et que, par conséquent, ce lieu de pèlerinage n'a pas de raison d'être. Bernadette était une malade, une débile hystérique, atteinte d'un asthme névrosique. La vue d'une belle dame habillée de blanc la surprend et provoque sa première extase. Ses autres visions, au lieu d'être réelles, sont, par contre, d'ordre hallucinatoire et reproduisent exactement la première image qu'elle croira fermement être celle de la Sainte Vierge. La crise d'extase qui les accompagna fit croire à la foule émerveillée d'un pareil état que la petite voyante était réellement, comme elle le prétendait, en présence de la Vierge.

Le Dr Rouby analyse soigneusement les symptômes de l'extase présentée par Bernadette et n'a pas de peine à montrer sa parfaite analogie avec l'extase hystérique; puis il dévoile l'effet de la suggestion qui fit revivre à Lourdes les mystères de la Salette : les hallucinations auditives de Bernadette, les trois secrets que lui confie la Vierge, l'ordre qu'elle reçoit de creuser le sol boueux de la grotte pour en faire jaillir une source — déjà existante — et de dire qu'elle est « l'Immaculée Conception » et qu'on lui élève une église sur les roches de Massabielle, ne sont que les produits de la suggestion d'une hystérique. L'intervention des autorités crée une suggestion contraire et la peur du commissaire fit fuir les apparitions.

Dans une deuxième partie, l'auteur soutient, avec de très nombreux documents à l'appui, que Lourdes n'a le pouvoir de

©BIUM

guérir, sans parler des fourbes et imposteurs, que les malades atteints de la névrose, et que les autres maladies où celle-ci ne joue aucun rôle n'y ont jamais été guéries et ne l'y seront jamais. « Tous les miracles de Lourdes, dit-il, qui ont eu un certain retentissement depuis son origine jusqu'à ce jour, nous les avons étudiés avec le seul souci de la vérité. Or, jamais, nous le déclarons sincèrement, notre conviction qu'ils étaient faux n'a été ébranlée ; jamais nous n'avons pensé que tel miracle pouvait être l'occasion d'un doute ; jamais nous n'avons cru que tel autre dont la certitude n'était pas prouvée pouvait, du moins, être possible. Aujourd'hui, notre conviction basée sur ce travail est inébranlablement fortifiée. Il n'y a pas de miracles à Lourdes. »

Cet ouvrage, destiné beaucoup moins aux médecins qu'au grand public, sera cependant lu avec intérêt par nos confrères. Nous ne pensons pas que beaucoup d'entre eux aient encore besoin d'être convaincus ; quant aux « gens du monde », comprendront-ils enfin que la science défie le miracle et que le culte de Lourdes équivaut à l'adoration d'une malade suggestionnée et hallucinée ? Avec M. Rouby, nous le souhaitons ardemment.

ROGER DUPOUY.

Vade-mecum du médecin expert ; par les professeurs A. Lacassagne et L. Thoinot, 3e édition revue et augmentée. 1 vol. in-12 relié, Paris, Masson et Cie, 1911.

Les auteurs définissent eux-mêmes leur ouvrage : un guide pratique, un aide-mémoire qui dit « le vrai et le vrai seul ». C'est le plus bel éloge qu'on puisse lui décerner et qui se trouve, d'ailleurs, amplement mérité. Ce vade-mecum est indispensable au médecin-expert, souvent embarrassé dans les difficultés de sa mission médico-légale, dans les recherches qu'il doit opérer, dans le rapport qu'il doit rédiger. Un examen médico-légal mal fait ne se refait plus ; un rapport incomplet ne se complète plus, une fois remis aux mains du magistrat. En se laissant guider par les maîtres éminents que sont MM. Lacassagne et Thoinot l'expert peut être assuré de ne commettre aucun oubli et d'éviter bien des erreurs.

Le lecteur trouvera dans ce petit livre toutes les indications relatives à la taille, au poids, à l'ossification, à la mensuration des os, à l'identité, aux empreintes, à l'examen d'un cadavre,

©BIUM

du sang, du sperme, des blessures, à la prise d'échantillons et la conservation des pièces, etc., toutes les connaissances et tous les documents dont il peut avoir besoin pour pratiquer une autopsie médico-légale ou un examen quelconque, avec tableaux synoptiques et formules modèles à l'appui. Les lois sur l'exercice de la médecine, les accidents du travail, etc., y sont également consignées, ainsi que les tarifs d'honoraires d'expertise et le mode d'établissement des mémoires de frais de justice.

Experts officiels de carrière ou d'aventure, médecins requis accidentellement par une autorité judiciaire ou susceptibles de l'être, magistrats et officiers de police judiciaire, tous ceux qui doivent se tenir au courant de la médecine légale feront bien de lire cet excellent petit ouvrage et de le relire, inlassablement.

ROGER DUPOUY.

La psychologie de l'attention; par N. Vaschide et Raymond Meunier. 1 vol. in-16 de la *Collection de psychologie expérimentale et de métapsychie*, Paris, Bloud et Cie, 1911.

L'étude expérimentale de l'attention est extrêmement délicate et est encore très incomplète : les divers aspects de l'attention réclament, en effet, des techniques diverses et appropriées. Les auteurs présentent tout d'abord l'état actuel de ces diverses techniques actuellement employées pour apprécier l'attention d'un sujet : mesure des temps de réaction (à l'aide du chronoscope de Hipp ou du chronomètre de d'Arsonval), méthode du travail mental (mesure du trouble apporté dans l'attention par un calcul mental), mesure du rétrécissement du champ visuel, méthode des perceptions à peine sensibles, ophtalmo et esthésiométrie, omissions de lecture, troubles de l'écriture.

Les recherches expérimentales pratiquées à l'aide de ces différentes méthodes montrent combien variée est l'attention suivant les types moteur, central, indifférent ou sensoriel, suivant l'âge du sujet, suivant surtout l'état de fatigue ou d'émotion. Des expériences de Tschisch et de Vaschide ressortirait l'influence incontestable de l'attention pendant le sommeil. Quant à l'action de la suggestibilité sur l'attention, nous savons depuis les remarquables travaux de Binet sur ce point combien elle est considérable, et ce, abstraction faite de tout état hypnotique où les résultats expérimentaux sont toujours éminemment personnels.

©BIUM

Ces recherches résumées, l'on peut alors aborder l'exposé critique des théories de l'attention : théorie périphérique, motrice et affective de Bain et de Ribot, entrevue déjà par Girou de Buzareingues, et suivant laquelle l'attention, spontanée ou volontaire, est toujours un phénomène moteur et essentiellement inhibiteur, succédant à un état affectif préalable, théorie sensorielle défendue surtout par Marillier, volontariste de Kreibig, perceptive, centrale, etc. Vaschide et Meunier concluent ainsi : l'attention leur semble intimement liée à un état émotif et être un phénomène psychologique d'origine centrale ; elle constitue une fonction essentiellement dynamique et n'est pas un état, mais un acte.

ROGER DUPOUY.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

R. MASSALONGO. La fisiopatologia della miastenia bulbospinale e la teoria pluriglandulare. Lezioni. 38 pages in-8°. Extrait de la *Riforma medica*, 1912.

— La tuberculosi nell' opera « De Contagione et contagiosis morbis » di Gicolaneo Fracastoro. Note originali con la traduzione italiana e un autografo. 16 pages in-folio avec planches. Pise, F. Mariotti, 1911.

HENRI DAMAYE. Démences précoces et psychoses toxi-infectieuses. 10 pages in-8°. Extrait de l'*Echo médical du Nord*, numéro du 2 juin 1912.

Société genevoise de patronage des aliénés. Septième assemblée générale, lundi 8 mars 1912. 44 pages in-8°. Genève, Imprimerie Albert Kündig, 1912.

Fifty-fourth annual report of the General Board of Commissionners in Lunacy for Scotland. 245 pages in-8°. Edimbourg, Morrison et Gibb, 1912.

Traité international de psychologie pathologique, publié sous la direction du Dr A. Marie. 3 vol. grand in-8°. — Tome I. Psychopathologie générale par le professeur Grasset, Del Greco, Mingazzini, etc. 1 vol. grand in-8° de 1028 pages. — Tome II. Psychopathologie clinique, par les professeurs Bajenoff, Bechterew, Colin, etc. 1 vol. grand in-8° de 1000 pages. — Tome III. Psychopathologie appliquée par les Drs Bayenoff, Bianchi, Cullerre, etc. 1 vol. grand in-8° de 1086 pages. Paris, Félix Alcan, 1910 à 1912.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêté du ministre de l'Intérieur : La médaille d'argent des épidémies a été décernée à MM. les Drs Alombert-Goget et Journiac, médecins en chef de l'asile de Marseille.

Ont obtenu la médaille de bronze MM. les Drs Cornu et Danjean, médecins-adjoints, et MM. Battini et Perret, internes à l'asile d'aliénés de Marseille.

— *Arrêté du ministre de l'Agriculture :* Est nommé chevalier du Mérite agricole, M. le Dr Viallon, médecin en chef de l'asile de Bron (Rhône).

— *Faculté de médecine de Paris :* Ont été nommés après concours :

Pour le clinicat des maladies mentales, chefs de clinique titulaires : MM. les Drs Kahen et Lévy-Valensi ; chef de clinique adjoint : M. le Dr Collin.

Pour le clinicat des maladies nerveuses, chef de clinique titulaire : M. le Dr Jumentié ; chef de clinique adjoint : M. le Dr Pélissier.

— *Décret du 24 juillet 1912 :* Sur la proposition du ministre de l'Intérieur, est nommé chevalier de la Légion d'honneur, M. Dubranle (Charles-Antoine-Augustin), directeur de la Maison nationale de santé à Saint-Maurice (Seine). Entré en 1874 à l'Institut national des sourds-muets de Paris. Successivement de 1880 à 1896 : répétiteur, professeur, censeur des études et directeur de l'Institution nationale des sourds-muets de Chambéry. Inspecteur des établissements des sourds-muets de France de 1904 à 1908, directeur de la Maison nationale de Charenton depuis 1907. Trente-huit ans de services.

DÉCRET PORTANT RÉORGANISATION DES ASILES AUTONOMES D'ALIÉNÉS

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'Intérieur,

Vu la loi du 30 juin 1838 ;

©BIUM

Vu l'ordonnance du 18 décembre 1839 ;
Vu le décret du 31 mai 1862 ;
Le Conseil d'Etat entendu,

Décrète :

ART. 1er. — Les asiles d'aliénés d'Aix (Bouches-du-Rhône), Marseille (Bouches-du-Rhône), Bordeaux (Gironde), Cadillac (Gironde), Armentières (Nord), Bailleul (Nord) et Bassens (Savoie), sont des établissements publics, administrés, sous l'autorité du ministère de l'Intérieur et du préfet, par un directeur et une Commission administrative, dans les conditions ci-après :

ART. 2. — Le directeur représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile. Il est exclusivement chargé de pourvoir à tout ce qui concerne le bon ordre et la police de l'établissement dans les limites du règlement du service intérieur prévu à l'article 8. Pour le surplus du service, il est chargé de l'exécution des délibérations de la Commission administrative.

ART. 3. — La Commission administrative est composée de huit membres nommés par le ministre. Deux de ses membres sont choisis parmi les conseillers généraux.

Les fonctions de membre de la Commission sont gratuites.

Les membres de la Commission sont nommés pour quatre ans et renouvelés chaque année par quart.

Les membres sortants peuvent être nommés de nouveau. Le mandat des membres pris au sein du Conseil général expire de plein droit lorsqu'ils cessent de faire partie de cette assemblée.

La Commission peut être dissoute et ses membres révoqués par le ministre de l'Intérieur.

En cas de dissolution ou de révocation, la Commission est remplacée et complétée dans le délai d'un mois.

ART. 4. — Chaque année, après le renouvellement des membres sortants, la Commission nomme un président et un secrétaire.

La Commission se réunit au moins une fois par mois et lorsqu'elle y est invitée par le ministre ou le préfet.

Elle ne peut délibérer que si cinq de ses membres au moins sont présents. En cas de partage, la voix du président est prépondérante.

Le directeur et le médecin en chef assistent aux séances de la Commission. Ils y ont voix consultative. Ils doivent se retirer lorsque la Commission délibère sur les comptes d'administration ou sur les rapports qu'elle peut avoir à adresser directement au préfet et au ministre.

Le procès-verbal des délibérations est consigné sur un registre. Il est signé par tous les membres présents.

©BIUM

ART. 5. — La Commission administrative est chargée de la surveillance générale de tous les services de l'établissement.

ART. 6. — La Commission administrative règle par ses délibérations les objets suivants :

Les conditions de baux et fermes des biens de l'établissement, lorsque leur durée n'excède pas dix-huit ans ;

Le mode et les conditions des marchés pour fournitures et entretien, dont la durée n'excède pas une année ;

Les travaux dont la dépense n'excède pas 2.000 francs et les acquisitions ou ventes d'objets mobiliers dont la valeur n'excède pas la même somme.

Toute délibération sur l'un de ces objets est exécutoire si, trente jours après la notification officielle, le préfet ne l'a pas annulée, soit d'office, soit sur la réclamation de toute partie intéressée pour violation de la loi.

ART. 7. — La Commission administrative délibère, sous réserve de l'approbation du préfet, sur les objets suivants :

1° Mode d'administration des biens et revenus de l'établissement ;

2° Les conditions des baux et fermes de ces biens, dont la durée excède dix-huit ans ;

3° Le mode et les conditions des marchés pour fournitures et entretien, dont la durée excède une année ;

4° Les travaux dont la dépense excède 2.000 francs et n'excède pas 5.000 francs et les acquisitions ou ventes d'objets mobiliers d'une valeur de 2.000 à 5.000 francs ;

5° Les placements de fonds, à l'exception de ceux qui sont visés au 5° de l'article suivant.

ART. 8. — La Commission administrative délibère, sous réserve de l'approbation du ministre, sur les objets suivants :

1° Le règlement du service intérieur ; le règlement du service de santé et de tous les autres services intéressant le fonctionnement de l'établissement ;

2° Les budgets, comptes, et, en général, toutes les recettes et dépenses de l'établissement ;

3° Les emprunts. Toutefois, les emprunts dépassant 50.000 francs ou d'une durée supérieure à trente ans ne peuvent être autorisés que par décrets en Conseil d'Etat ;

4° Les acquisitions, échanges, aliénations de biens immobiliers, l'affectation des immeubles au service, les aliénations de valeurs mobilières ;

5° Les placements de fonds provenant de libéralités, à l'exception de celles dont l'acceptation a été autorisée par décret ;

6° Les projets de travaux dont la valeur excède 5.000 francs, les acquisitions ou ventes d'objets mobiliers dont la valeur excède la même somme ;

©BIUM

7° Les actions judiciaires et transactions;

8° Les traités avec les départements, pour l'entretien des malades et la fixation des prix de journée.

Art. 9. — La Commission administrative délibère sur l'acceptation ou le refus des dons et legs, sous réserve des autorisations prévues par la loi du 4 février 1901.

Art. 10. — Des conventions écrites, d'une durée ne pouvant excéder cinq années, doivent toujours être passées entre les asiles et les départements intéressés qui veulent y hospitaliser leurs malades, pour l'entretien de ces malades et la fixation des prix de journée. En cas de désaccord entre l'asile et le département, le prix de journée est fixé par le ministre, sans que le montant en puisse être inférieur à la moyenne du prix de revient constaté pendant les cinq dernières années.

Art. 11. — Les fonctions d'ordonnateur appartiennent au directeur, les fonctions de comptable en deniers sont dévolues au receveur, celles de comptable en matières à l'économe.

Art. 12. — Le compte administratif ainsi que le compte moral du directeur sont soumis à la Commission administrative, qui formule ses observations et les consigne dans un rapport que le préfet transmet au ministre avec son avis.

Les comptes du receveur et de l'économe doivent contenir la description détaillée des opérations effectuées du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente. Ils sont soumis à la Commission administrative et transmis au ministre de l'Intérieur par le préfet avec les observations de la Commission et son avis.

Art. 13. — Le ministre de l'Intérieur nomme et révoque le personnel médical. Il nomme et révoque le personnel administratif ci-après :

Directeurs.

Secrétaires de direction.

Receveurs et économes.

Les commis de direction, les commis de recettes et d'économat sont nommés par le préfet.

Les internes sont recrutés au concours et nommés par le préfet. Les conditions du concours sont fixées pour chaque asile par un arrêté ministériel.

Le directeur nomme les préposés de tous les services de l'établissement, il accorde les avancements et prononce les révocations. Toutefois, les infirmiers, les surveillants et les gardiens sont agréés par le médecin en chef. Celui-ci peut demander leur révocation au directeur. En cas de dissentiment, le préfet prononce.

Art. 14. — Il sera statué par décret sur les traitements et avantages en nature, sur les conditions de recrutement, de

©BIUM

promotion, de retraites et sur la discipline du personnel nommé par le ministre et par le préfet.

Un règlement particulier délibéré par la Commission, sur la proposition du directeur, et soumis à l'approbation du ministre, règle les conditions de recrutement et d'avancement, la discipline et les retraites du personnel nommé par le directeur.

ART. 15. — Les dispositions réglementaires, relatives à l'exécution de la loi du 30 juin 1838, sont applicables aux asiles autonomes d'aliénés en tout ce qui n'est pas contraire aux dispositions qui précèdent.

ART. 16. — Le ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* et inséré au *Bulletin des lois*.

Fait à Paris, le 12 juin 1912.

A. FALLIÈRES.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'Intérieur,

T. STEEG.

LE PAVILLON MAGNAN

Nous avons annoncé dans notre dernier numéro la mise à la retraite de M. le Dr V. Magnan. Notre éminent collègue et ami occupait ses fonctions de médecin en chef du Bureau d'admission à l'asile Sainte-Anne depuis l'ouverture de cet établissement, en 1867. Il fut nommé en même temps que le Dr Bouchereau, et, pendant de nombreuses années, les deux amis collaborèrent dans ce bureau de répartition où viennent converger tous les aliénés de Paris et de la banlieue avant leur placement dans les divers asiles de la Seine.

Lors de la mise à la retraite du Dr Prosper Lucas, en 1880, Bouchereau prit le service des femmes de l'asile Sainte-Anne, et M. Magnan resta seul au Bureau d'admission. Inutile de dire avec quel zèle, quel dévouement il remplit ses pénibles et délicates fonctions ; tous ceux qui l'ont vu à l'œuvre lui rendent pleine justice.

Ce n'est pas le lieu de rappeler ses travaux scientifiques ; ils ont été très critiqués, ont soulevé des discussions très vives, mais il est bon de rappeler que ces discussions mêmes, quelque âpres qu'elles fussent, contribuèrent au progrès de la science, en obligeant partisans et adversaires du maître à une observation plus précise, plus rigoureuse et aussi plus détaillée des faits cliniques. Ainsi envisagée, la lutte des idées, des doctrines, est saine, utile et intéressante.

Sur certains points, M. Magnan fut véritablement novateur ; il osa aller à l'encontre d'idées depuis longtemps reçues, et par là même difficilement modifiables. Il combattit l'usage de la camisole et prôna l'alitement comme moyen de traitement des maladies mentales. Sur ces deux points, que nous considérons comme capitaux en thérapeutique des maladies mentales, les persévérants efforts de notre savant collègue eurent leur récompense. Ses idées sont aujourd'hui monnaie courante dans notre spécialité ; elles sont généralement appliquées à l'étranger comme dans la majorité de nos asiles. M. Magnan a fait connaître les résultats obtenus dans son service par la clinothérapie en une intéressante communication faite récemment à l'Académie de médecine. Cette communication, document des plus précieux et des plus suggestifs, méritait à tous égards de trouver place dans les *Annales* ; nous la reproduisons dans ce numéro.

Pour rendre hommage à la science profonde de notre éminent collègue, à son labeur incessant et fécond, la Ville de Paris a décidé que le pavillon dirigé par lui depuis près d'un demi-siècle prendrait dorénavant le nom de « Pavillon Magnan ». Nous félicitons cordialement, et tous ses nombreux élèves français et étrangers féliciteront notre savant ami de cette flatteuse décision ; mais nous devons adresser aussi nos vives félicitations à l'Administration du département de la Seine qui a su reconnaître ainsi les services rendus et récompenser dignement une longue existence consacrée tout entière au soulagement de la pire des infortunes. — A. R.

LE MARTYROLOGE DE LA PSYCHIATRIE (*suite*)

Un médecin aliéniste tué par un de ses malades.—Le numéro du 10 août de la *Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift* nous apporte un nouveau fait, bien douloureux, à ajouter à la liste déjà si longue du martyrologe de la psychiatrie : le Dr Schönfeld, médecin directeur de la maison de santé d'Atgasen, près Riga, en Livonie, a été tué à coups de revolver par un de ses malades. Voici comment ce drame est raconté par le journal de Riga :

« Le malade s'était évadé de la maison de santé et s'était rendu au domicile de sa mère, rue Andréa. Le Dr Schönfeld alla l'y rejoindre, pour l'engager à réintégrer l'asile ; il le trouva seul à la maison. Ce qui se passa entre eux n'est jusqu'à présent pas éclairci. La servante, qui se précipita au bruit de plusieurs coups de feu, trouva le Dr Schönfeldt étendu mort dans une mare de sang. Le médecin, appelé aussitôt à la station des

©BIUM

prompts secours médicaux, ne put que constater le décès du confrère, dont le corps portait deux blessures d'arme à feu, l'une au bas-ventre, l'autre, absolument mortelle, à la tête. L'aliéné avait quitté la maison aussitôt son crime accompli et n'a pu être retrouvé jusqu'ici. »

Le Dr Schönfeldt n'avait que cinquante et un ans. Il était né en Courlande en 1861, fit ses études médicales à l'Université de Dorpat; puis, après avoir complété ses connaissances en neurologie et en psychiatrie, d'abord dans la maison de santé Rothenberg, près Tiling, puis dans les cliniques des professeurs Joly et Oppenheim, à Berlin, il fonda, il y a une dizaine d'années, sa maison de santé d'Atgasen, qui, au bout de peu de temps, fut très appréciée. Notre regretté confrère est bien connu par un travail intitulé : *Ueber das induzierte Irresein*, publié dans le tome XXVI de l'*Archiv für Psychiatrie*. On comprend que la mort tragique de notre distingué confrère ait vivement émotionné le corps médical de Riga. Un concours énorme de population assista à ses obsèques et de nombreux discours furent prononcés sur sa tombe par ses collègues et par les représentants de la province.

Quant au meurtrier, c'est un débile persécuté qui avait déjà été traité dans l'établissement du Dr Sokolowski, à Riga, puis à l'asile de Neufriedenheim, près Munich. Plus récemment, pour le règlement d'affaires de succession, les hommes de loi jugèrent indispensable de faire interdire le malade, et lui donner un curateur; des médecins experts furent nommés pour l'examiner, qui demandèrent, pour faciliter leur tâche, son placement dans un établissement d'aliénés. La maison de santé du Dr Schönfeldt fut choisie. On sait le reste.

TRIBUNAUX

Le suicide et l'assurance sur la vie. — Dans le numéro des *Annales* de janvier 1902 (page 251), nous avons signalé un procès fait par la veuve d'un suicidé à une compagnie d'assurance sur la vie, à laquelle elle réclamait le paiement d'une indemnité convenue dans le cas de la mort de son mari et qui le refusait. Le tribunal donna raison aux assureurs. La veuve fit appel et fut battue. Elle alla en cassation, mais son pourvoi fut rejeté.

Cette affaire présentant un réel intérêt au point de vue médico-légal, nous reproduisons le jugement du tribunal civil de Lille, ainsi que l'arrêt de la Cour de cassation.

Tribunal de Lille, 2e chambre. — Jugement du 9 décembre 1907. — En matière d'assurance sur la vie, le suicide

n'entraîne déchéance que si l'assuré a la volonté réfléchie de se donner consciemment la mort.

Lorsque la compagnie d'assurances a fait la preuve du suicide qu'elle invoque comme cause de déchéance, c'est aux ayants cause de l'assuré, s'ils invoquent comme exception contre cette déchéance l'absence de volonté consciente chez leur auteur, qu'il incombe de faire la preuve directe de l'inconscience par eux alléguée, la compagnie ne pouvant être tenue que de la peine contraire.

Par suite, il n'y a pas lieu d'imposer à la compagnie la preuve par elle subsidiairement offerte, de l'état conscient du suicidé, lorsque les ayants droit ne font pas d'abord la preuve de l'inconscience.

En tout cas, s'il résulte des constatations des juges du fond qu'il y a dès à présent preuve d'un suicide conscient et volontaire, cette appréciation souveraine justifie, de leur part, le refus d'imposer à la compagnie d'assurances la charge de rapporter cette preuve déjà faite.

Cour de cassation, chambre civile. — 29 janvier 1912, M. Baudouin, 1er président.

La Cour, ouï en l'audience publique de ce jour M. le conseiller Cottignies en son rapport, Mes Cail et Balliman, avocats des parties, en leurs observations respectives, ainsi que M. Mérillon, avocat général, en ses conclusions, et après en avoir immédiatement délibéré conformément à la loi ;

Attendu qu'il résulte du jugement attaqué que l'article 9 de la police sur la vie contractée par William K.... à la Compagnie « La Constantia » en rangeant le suicide parmi les causes de résolution de l'assurance, a eu exclusivement en vue le suicide volontaire, c'est-à-dire résultant d'un fait conscient de l'assuré ;

Attendu que le même jugement constate que des documents produits au tribunal résulte la preuve que le suicide de K.... a été conscient et volontaire ;

Attendu que cette appréciation souveraine de fait échappe au contrôle de la Cour de cassation et qu'en déclarant, dans ces circonstances qu'il n'y avait pas lieu d'admettre la Compagnie « La Constantia » à la preuve offerte par elle, alors que cette preuve était déjà faite, le jugement a justifié sa décision ;

Par ces motifs, et sans qu'il y ait lieu d'examiner, en droit, à qui incombait le fardeau de prouver que le suicide avait été volontaire ou inconscient ;

Rejette le pourvoi.

Vente d'opium et de morphine. — Une information avait été ouverte par le parquet de la Seine contre la vente, à Montmartre, d'opium, de cocaïne, de morphine, dans différents éta-

©BIUM

blissements de nuit. Deux des fournisseurs de ces terribles drogues, un pharmacien, René P..., et un droguiste, Jules G..., ont comparu hier devant la 11e Chambre correctionnelle. Ils étaient défendus par Mes Bogelot et Mirtil. P.., le pharmacien, a été condamné à quinze jours de prison et 2.000 francs d'amende, et G..., le droguiste, reconnu coupable seulement de négligence, à 100 francs d'amende. (*Le Temps*, numéro du samedi 20 juillet 1912.)

Condamnation de deux dégénérés en cour d'assises. — Le procès tant retardé des gentlemen apaches de Dunkerque, Claude Sauret, vingt-quatre ans, fils du général Sauret, ancien chef d'état-major du gouvernement militaire de Paris, et de Lamy de la Chapelle, âgé de vingt-deux ans, tous deux élèves à l'école d'hydrographie, et accusés de vols qualifiés, a été appelé hier à l'audience de la cour d'assises du Nord.

M. Gravet présidait. M. Fieffe, avocat général, occupait le siège du ministère public. Au banc de la défense se trouvaient Mes de Moro Giafferi, avocat de Sauret, et Dubron, avocat de Lamy de la Chapelle.

On sait quelle était l'accusation : en janvier 1911, Sauret et Lamy de la Chapelle assaillirent la nuit, à Dunkerque, et dévalisèrent une première fois M. Dewelster qui revenait du théâtre, une deuxième fois M. Georges Porreye. Surpris au moment où ils dévalisaient une autre personne, M. Mamaert, ils se réfugièrent dans une chambre du café de la Jeune France où ils furent rejoints par le commissaire de police.

Ils opposèrent une énergique résistance aux agents qui allaient les arrêter et outragèrent le magistrat qui les interrogeait. Après avoir tout d'abord nié, ils finirent par faire des aveux. Soumis à un examen mental, ils furent reconnus par les médecins aliénistes comme présentant un caractère de dégénérescence cérébrale de nature à atténuer leur responsabilité.

L'affaire n'est en elle-même, on le voit, que très banale, mais elle est rendue intéressante seulement par la personnalité des accusés.

A l'audience, les dépositions des témoins ont confirmé les faits, et six médecins aliénistes ont déclaré que les accusés sont anormaux et que leur responsabilité est limitée.

M. Fieffe, avocat général, a prononcé un réquisitoire modéré : il a invité le jury à écarter toutes les questions aggravantes pour permettre à la cour de ne prononcer qu'une peine d'emprisonnement.

Me de Moro Giafferi a demandé au jury d'épargner à la famille de son client une condamnation infamante : qu'on l'envoie dans une maison de santé où ses parents le laisseront toute sa vie, ils en prennent l'engagement.

©BIUM

Me Dubron, présentant la défense de Lamy de la Chapelle, a sollicité la pitié du jury ; il a indiqué les tares originelles de son client ; on compte plusieurs aliénés (sa mère fut du nombre) dans sa famille. Il a réclamé l'acquittement.

Après le verdict et la déclaration de la cour, Sauret a été condamné à cinq ans de réclusion et Lamy de la Chapelle à deux ans de prison.

Le Temps, à qui nous empruntons ce compte rendu, publiait, à propos de ce procès, dans son numéro du vendredi 22 juillet 1912, la lettre suivante du professeur Gilbert Ballet, qu'il nous paraît intéressant de reproduire.

Paris, 24 juillet.

Monsieur le directeur,

Dans le numéro de ce jour, *le Temps*, rendant compte d'un procès jugé hier à la cour d'assises de Douai, dit que « six médecins aliénistes ont déclaré que les accusés étaient anormaux et que leur responsabilité était limitée ». Il ajoute que l'un de ces accusés a été condamné à cinq ans de réclusion, l'autre à deux ans de prison. Il est bon de rappeler que les deux inculpés, appartenant à des familles honorablement connues, étaient poursuivis pour vols qualifiés et violences.

Je n'ai pas qualité pour parler au nom des médecins qui sont avec moi intervenus aux débats, d'autant plus qu'ayant été appelé le dernier devant la cour, je n'ai pas entendu la déposition de mes confrères. Mais j'ai des raisons de penser qu'ils s'associeront aux observations que je crois devoir présenter tant à propos du compte rendu du journal qu'à propos de l'issue du procès.

En ce qui me concerne, non seulement je n'ai, ni dans le rapport que j'ai signé, ni dans ma déposition, parlé de « responsabilité limitée », mais j'ai aussi formellement que respectueusement refusé de répondre à la question de M. le président : « Pensez-vous que les inculpés soient responsables ? » J'ai fait observer à la cour que je croyais avoir accompli tout mon devoir de médecin en lui indiquant la mentalité des inculpés, le caractère pathologique de cette mentalité, l'influence qu'elle avait eue sur les actes reprochés, et en signalant la mesure qui me semblait la plus propre à protéger la société contre les nouveaux et très probables méfaits de ces malheureux garnements.

Cette mesure eût été le placement par voie judiciaire et pour une longue, très longue période, des deux inculpés dans un *asile de sûreté*, les anomalies morbides de leur mentalité n'autorisant pas à leur infliger la prison, qui est une punition et constitue une tare légale ; l'asile, d'autre part, n'étant pas fait pour les anormaux de cet ordre qui n'y sont ni suffisamment ni d'ordinaire assez longtemps surveillés.

©BIUM

Malheureusement, ni la loi ni l'Administration n'ont prévu ces asiles de sûreté, et à chaque instant (car hélas! les inculpés ayant la mentalité morbide de ceux jugés hier à Douai sont légion) on a à déplorer devant la cour d'assises, l'insuffisance de nos moyens de protection.

Qu'en résulte-t-il? C'est qu'obligés de choisir entre la prison ou l'asile, le jury et la cour condamnent à la prison, par mesure de sécurité publique, des êtres anormaux, contre lesquels il faudrait simplement se défendre, et par pitié pour leurs tares mentales constitutionnelles, raccourcissent la durée de la peine et restituent de la sorte, à bref délai, à la vie sociale, des êtres qui ne peuvent s'y adapter et qui sont très redoutables. D'habitude, ni le jury ni la cour n'ont de scrupule à recourir à cette solution boiteuse, aidés qu'ils y sont par les médecins experts : car il y en a encore qui ne redoutent pas de sortir de leur rôle médical pour faire de la métaphysique ou de la sociologie, et qui parlent de responsabilité limitée.

Au moins, hier à Douai ni le jury n'a rendu son verdict, ni la cour son arrêt avec la complicité des médecins. Et si ce verdict et cet arrêt ont abouti à ce regrettable résultat de *punir* des malades, ce qui est fâcheux pour eux et leur famille, et de leur infliger une courte détention, ce qui ne l'est pas moins pour la société, j'ai le sentiment que c'est parce qu'il était difficile aux jurés et aux magistrats de faire autrement et mieux.

Et il en sera ainsi tant que la loi ne tiendra pas compte des enseignements de la criminologie pathologique et n'instituera pas, avec les asiles de sûreté, le moyen qui fait défaut actuellement de se protéger contre les pervers instinctifs constitutionnels.

Il n'est que temps de le crier bien haut et c'est ce qui excusera peut-être cette lettre.

Veuillez agréer, etc.

GILBERT BALLET,
Professeur à la Faculté de Paris,
Membre de l'Académie de médecine.

On ne peut qu'approuver le professeur Gilbert Ballet d'avoir, par cette lettre, saisi l'opinion publique d'une question qui préoccupe depuis si longtemps les médecins aliénistes. Il est inutile de rappeler ici les nombreux travaux que ceux-ci ont publié sur un sujet qui a été creusé à fond par eux et pour lequel des solutions fermes ont été proposées. Discuté maintes fois dans nos Congrès, il a fait l'objet de vœux fréquents, dont les pouvoirs publics ne semblent pas s'être émus; car rien n'a été fait pour leur donner satisfaction. Faisons toutefois une exception pour le Conseil général de la Seine, qui a créé, à l'asile de

Villejuif, un quartier de sûreté pour aliénés criminels, vicieux, difficiles, etc. Cette utile création est due en grande partie à l'infatigable activité de notre regretté confrère le Dr Paul Brousse et à celle de notre savant collègue le Dr H. Colin. Comme il importe que cette nouvelle création soit mieux connue des médecins aliénistes, les *Annales* commenceront dans le prochain numéro la publication d'un intéressant travail de M. Colin, qui en indique le but et en donne une description détaillée. — A. R.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*).

66. *Menaces de mort.* — On lit dans le *Journal* (numéro du lundi 1er juillet 1912) :

Un journalier de soixante et onze ans, M. Depierre, 76, rue Leblanc, se présentait hier matin au poste de police de la rue Lacordaire et déclarait que son fils Alexandre, âgé de vingt-sept ans, débardeur, avait voulu l'assommer dans une crise de folie furieuse.

L'agent Leveil se rendit aussitôt rue Leblanc, mais le dément s'était barricadé dans sa chambre, et le gardien dut enfoncer la porte. Il se trouva en présence du forcené qui, armé d'une carabine et s'en servant comme d'une massue, exécutait des moulinets terribles.

Sans hésiter, le représentant de l'autorité bondit sur le redoutable aliéné, et, après une lutte terrible, au cours de laquelle il reçut de nombreux horions, il réussit à le maîtriser.

Solidement ligoté, Depierre fut alors transporté à l'infirmerie spéciale du Dépôt, où l'on dut lui passer la camisole de force.

67. *Suicide.* — Au cours d'une crise de neurasthénie, Mlle Emilienne Coste, âgée de dix-huit ans, demeurant rue Gide, à Levallois, décidait, hier, d'en finir avec la vie.

Elle calfeutra soigneusement les portes et fenêtres de sa chambre à coucher, puis, après avoir allumé du soufre dans une bassine, elle s'étendit sur son lit. Mais, trouvant que la mort ne venait pas assez vite, la malheureuse se traîna jusqu'à sa fenêtre, l'ouvrit et se précipita dans le vide de la hauteur du premier étage.

Relevée couverte de multiples blessures, la jeune fille a été admise à l'hôpital Beaujon, dans un état des plus graves. (*Le Journal*, numéro du dimanche 7 juillet 1912.)

68. *Tentative de meurtre.* — Dernièrement, Mme Debray, qui habite rue des Vinaigriers, tirait des coups de revolver sur son concierge, dont elle croyait avoir à se plaindre. Elle ne réussit qu'à blesser un passant. Elle fut arrêtée. Hier, comme elle comparaissait devant M. le juge d'instruction Boucher, elle fut soudain prise d'une crise de folie furieuse. Il fallut l'emme-

©BIUM

ner à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Matin*, numéro du mercredi 10 juillet 1912.)

69. *Suicide.* — On lit dans *le Journal* (numéro du mercredi 17 juillet 1912) :

En proie à une crise de folie mystique, M^me^ veuve Angenout, âgée de soixante-cinq ans, concierge, 72, rue au Pain, à Saint-Germain-en-Laye, s'est tuée en se jetant par la fenêtre de sa chambre, située au quatrième étage de l'immeuble.

La pauvre vieille est venue s'abattre au beau milieu de la terrasse d'un café, où se trouvaient installés de nombreux consommateurs ; mais, par un hasard extraordinaire, aucun d'eux ne fut atteint.

70. *Suicide.* — Au cours d'une crise de neurasthénie, M. Emile Lodan, âgé de quarante ans, peintre-décorateur, demeurant 25, rue de Chanzy, à Nanterre, a mis fin à ses jours en se tranchant la gorge avec un rasoir. (*Le Journal*, numéro du mercredi 17 juillet 1912.)

71. *Suicide.* — C'est encore la neurasthénie qui a poussé au suicide, M. Pierre Roth, âgé de soixante-trois ans, domicilié rue Louis-Dory, au Pré-Saint-Gervais. Bien décidé à ne pas se manquer, le sexagénaire s'arma de deux revolvers et après avoir appuyé chacun des canons sur ses tempes, il pressa la gâchette. La mort fut foudroyante. (*Le Journal*, numéro du mercredi 17 juillet 1912.)

72. *Tentative de meurtre.* — On télégraphie de Mont-de-Marsan au *Journal* (numéro du mercredi 17 juillet 1912) :

M. Lalanne, agent de police à Tartas, arrondissement de Saint-Severd-sur-Adour, était prévenu hier, pendant la nuit, par un négociant de la localité, M. Sauquère, que des plaintes déchirantes paraissaient provenir du logement occupé par une de ses voisines, une femme Dunogue. N'ayant pu se faire ouvrir la porte du logement indiqué, l'agent n'hésita pas à enfoncer une fenêtre et à bondir dans la chambre d'où partaient les gémissements. Il était temps.

La femme Dunogue, tenant renversée sur ses genoux sa fille âgée de cinq ans, était en train de lui enfoncer une bougie dans la gorge. L'agent dut engager une véritable lutte avec la mégère pour lui arracher la petite martyre. Prévenu, le commissaire de police de Tartas a fait conduire la femme Dunogue à l'hospice municipal, en attendant qu'elle soit transférée à l'asile d'aliénés de Mont-de-Marsan.

On se trouverait, en effet, en présence d'un drame de la folie. La femme Dunorgue, qui est âgée de trente-trois ans, vivait séparée de son mari et donnait, depuis quelques jours, des signes de dérangement mental. L'enfant a été confiée à sa grand'-mère maternelle.

©BIUM

Dans sa précipitation à briser la fenêtre, l'agent Lalanne s'est fait aux mains des blessures graves.

73. *Double tentative de meurtre et suicide.* — On télégraphie d'Epinal au *Temps* (numéro du jeudi 18 juillet 1912) :

Dans un accès de démence, le lieutenant Collet, du 21e d'infanterie, en garnison à Epinal, a blessé son fils et sa femme à coups de revolver, puis il s'est suicidé en se tirant une balle dans la tête.

L'état de l'enfant, âgé de sept ans, est très grave ; celui de la femme est moins inquiétant.

74. *Menaces de mort.* — On télégraphie de Montpellier au *Journal* (numéro du vendredi 19 juillet 1912) :

A Lodève, un dément s'est précipité, ce matin, sur le président du tribunal civil, à l'audience, et l'a menacé de mort.

On s'est emparé du malheureux, qui a été mis en observation à l'hôpital.

75. *Menaces de mort.* — Un gros industriel de la rue Saint-Sébastien, M. X..., se voyait dans l'obligation, voici deux ans, de faire enfermer sa bonne, Anne Ledru, âgée de trente et un ans, dans un asile d'aliénés.

Après un long traitement, la domestique se voyait, tout récemment, rendue à la liberté. Elle se replaça aussitôt, et s'en fut habiter 3, rue Saint-Sulpice ; mais, son terrible mal ne tarda pas à la reprendre, et la démente n'eut plus alors qu'une idée fixe : se venger de celui qui l'avait fait interner.

Elle se présenta, en effet, chez son ancien patron et se livra à un tel scandale, se répandit en si terribles menaces, que l'industriel dû prévenir M. Andrieux, commissaire de police du quartier Saint-Ambroise.

Le magistrat fit immédiatement surveiller l'atelier de la rue Saint-Sébastien, et c'est grâce à cette précaution qu'un meurtre ne vient pas de se commettre.

Hier soir, vers six heures et demie, Anne Ledeu, en proie à une terrible surexcitation, se porta en effet près de la maison de M. X..., et quand celui-ci parut, elle brandit un revolver, dissimulé dans son corsage, et le braqua dans la direction de son ex-patron.

Elle allait presser la gâchette lorsque les policiers s'élancèrent sur elle et, en un clin d'œil, la désarmèrent.

La folle, qui a prétendu avoir voulu simplement tirer en l'air, pour effrayer l'industriel, a été envoyée à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Au moment de son arrestation, Anne Ledeu portait sur elle une somme de 845 francs, qui a été mis sous scellés. (*Le Journal*, numéro du vendredi 19 juillet 1912.)

76. *Tentative de suicide.* — Atteint du délire de la persécu-

©BIUM

tion, un polisseur de vingt-sept ans, Eugène Carron, domicilié 74, Grande-Rue, à Créteil, a tenté de se tuer, hier matin, en se portant cinq coups de couteau en pleine poitrine.

Le pauvre fou, qui n'avait réussi qu'à se faire des blessures sans gravité, a été conduit à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Journal*, numéro du vendredi 13 juillet 1912.)

77. *Tentative de meurtre.* — Au cours d'une crise de *delirium tremens*, un sexagénaire, Louis Girardin, demeurant Grande-Rue, à Maisons-Alfort, se précipitait, hier, sur sa femme et tentait de l'étrangler.

Des voisins, accourus aux cris de la victime, réussirent fort heureusement à maîtriser le dangereux dément, qui a été également envoyé à l'infirmerie du Dépôt. (*Le Journal*, numéro du vendredi 19 juillet 1912.)

78. *Tentative de meurtre et suicide.* — Hier matin, à Reulle-Vergy, canton de Gevrey (Côte-d'Or), au cours d'une crise de neurasthénie, l'instituteur, M. François Laureau, a tenté de tuer sa femme à coups de revolver. L'ayant manquée, il la frappa à coups de crosse sur la tête. Après quoi, croyant qu'elle était morte, il monta dans son grenier et se précipita dans la cour. L'état de M^me^ Laureau est grave. L'instituteur a succombé après une courte agonie.

François Laureau avait déjà tenté de se suicider en août 1911, en se portant un coup de rasoir à la gorge. (*Le Temps*, numéro du samedi 20 juillet 1912.)

79. *Suicide.* — Profitant de ce qu'il était seul dans son atelier hier, un ébéniste d'origine belge, M. Jean Vandenbrandt, âgé de trente-neuf ans, établi rue de Charonne, 177, se porta, avec un compas en acier, un coup si terrible à la tempe droite que la pointe de l'outil pénétra de 12 centimètres dans la boîte cranienne et y demeura solidement fixée. Le malheureux, qui était atteint de neurasthénisme, expira après une douloureuse agonie. (*Le Temps*, numéro du samedi 20 juillet 1912.)

FAITS DIVERS

Les suicides en Allemagne. — La *Gazette de l'Allemagne du Nord* publie une intéressante statistique sur les suicides en Allemagne. Le journal officiel constate que le suicide fait en Allemagne d'aussi nombreuses victimes que maintes maladies infectieuses. En 1878, on constata 4.689 suicides; en 1907, 7.643, et en 1910, 8.179. Il est regrettable que cette statistique ne nous donne pas le nombre de suicides d'enfants, qui, comme on le sait, se font de plus en plus nombreux en Allemagne. (*Le Temps*, numéro du mardi 10 juillet 1912.)

Suicides d'enfants en Allemagne. — On télégraphie de Berlin au *Temps* (numéro du samedi 20 juillet 1912) :

Les suicides d'enfants continuent en Allemagne. Hier, dans une école de Heilbronn, un écolier de dix-huit ans, en apprenant qu'il avait échoué à ses examens de fin d'année, prit son couteau de poche et se fit au bras gauche une profonde blessure. Il tira ensuite un coup de revolver sur le directeur de l'école, qui tentait de s'approcher de lui. Un agent de police, appelé, dirigea vers lui une lance d'eau, espérant ainsi le maîtriser. L'écolier tira dans sa direction un nouveau coup de revolver. Au bout d'une heure, sans forces, perdant son sang en abondance par la blessure qu'il s'était faite au bras, l'écolier s'évanouit. Il fut transporté à l'hôpital, où les médecins déclarèrent son état très grave.

Un autre suicide d'enfant a eu lieu hier à Berlin. Une fillette de quinze ans s'est asphyxiée au gaz d'éclairage dans l'appartement de ses parents.

Profanation d'une tombe. — Un acte de profanation funéraire dont le motif est une singulière superstition vient d'être commis dans la petite ville de Waiblingen, en Wurtemberg. La tombe d'un enfant de cinq ans, enterré il y a quelques jours, a été ouverte par un inconnu qui a coupé la jambe droite du petit mort en dessous du genou, puis a emporté le funèbre débris. Dans certains milieux de cette population arriérée règne en effet la croyance que le rhumatisme articulaire se guérit au moyen d'un onguent fait avec de la graisse humaine, de préférence celle d'un enfant mort depuis peu. (*Le Temps,* numéro du mercredi 10 juillet 1912.)

Suicide étrange. — Un ouvrier carrier, nommé Auguste Alexandron s'est suicidé en se faisant sauter à la dynamite dans le logement qu'il occupait, rue de Versailles, à Aurillac.

Auguste Alexandron avait eu une discussion très vive avec un de ses voisins; un agent de police avait dû intervenir pour le rappeler au calme. Très affecté, l'ouvrier carrier s'était enfermé dans sa chambre, après avoir éloigné sa femme sous un prétexte quelconque. Il s'était introduit une cartouche de dynamite dans la bouche et avait allumé la mèche. Accourus au bruit de l'explosion qui avait ébranlé tout l'immeuble, les voisins constatèrent qu'il ne restait plus rien de la tête du suicidé. La cervelle avait été projetée de tous côtés, éclaboussant le plafond et les murs; des os broyés et des loques sanglantes étaient épars dans la chambre, dont tous les meubles avaient été renversés. (*Le Temps,* numéro du samedi 20 juillet 1912.)

©BIUM

VII^e CONGRÈS BELGE DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE

Ypres-Tournai, 28 et 29 septembre 1912.

La septième session du Congrès annuel des aliénistes et neurologistes belges se tiendra à Ypres-Tournai, les 28 et 29 septembre 1912.

Le bureau du Congrès est ainsi composé :

Présidents : D^r^ Beesau, président de la Société de médecine mentale. — Professeur Brachet, président de la Société de neurologie.

Vice-présidents : D^r^ Féron, vice-président de la Société de neurologie. — D^r^ Quintens, vice-président de la Société de médecine mentale.

Secrétaires : D^r^ Crocq, secrétaire de la Société de neurologie. — D^r^ D'Hollander, secrétaire de la Société de médecine mentale. — D^r^ Ch. Cuylits (Tournai), secrétaire local.

Questions mises à l'ordre du jour :

I. **Neurologie** : D^r^ Sano (Anvers). *Physio-pathologie du cervelet.*

II. **Chirurgie cérébrale** : D^rs^ Depage, Bouché et Marcel Danis (Bruxelles). *La Craniectomie décompressive.*

III. **Psychiatrie** : D^r^ Ch. Cuylits (Tournai). *Les voleurs aliénés.*

Indépendamment des questions mises à l'ordre du jour, les adhérents peuvent faire des communications diverses sur un sujet *quelconque* de neurologie ou de psychiatrie.

Les personnes de toutes nationalités s'intéressant aux sciences neurologiques ou psychiatriques peuvent se faire inscrire comme membres adhérents et faire des communications ; la seule condition est l'emploi d'une des deux langues en usage en Belgique : le français ou le flamand.

Distractions : Visite des musées, des curiosités, des asiles.

La cotisation est fixée à 10 francs.

Adresser les adhésions, les cotisations et les communications au secrétaire général du Congrès, M. le D^r^ D'Hollander, médecin de l'asile de l'Etat, à Mons.

Le Rédacteur en chef-Gérant : Ant. Ritti.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

CBIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Le VII[e] Congrès Belge de neurologie et de psychiatrie. — Ypres-Tournai, 28 et 29 septembre 1912.

Le Congrès d'Ypres-Tournai marquera une date dans l'histoire des congrès belges de neurologie et de psychiatrie. Il affirmera la vitalité puissante de ces réunions scientifiques, il dissipera les inquiétudes de ceux qui voient dans la multiplicité des congrès un élément d'insuccès ou une dispersion de forces fécondes. Jamais un nombre aussi grand de Français n'apporta son adhésion, jamais les discussions des communications et des rapports ne donnèrent lieu à un échange de vues aussi pénétrantes.

Une grande part de ce succès revient au secrétaire de la Société de médecine mentale, à M. le D[r] D'Hollander, qui fit preuve en la circonstance d'un réel talent d'organisateur, et qui ne ménagea ni son temps ni sa peine

©BIUM

pour assurer l'entière réussite de ses assises scientifiques.

Le choix des rapports avait été particulièrement heureux. M. Bouché étudia, avec le plus grand soin, le traitement chirurgical principal d'une complication grave, la compression cérébrale, survenant au cours d'états pathologiques divers, affectant soit le crâne ou les organes y contenus, soit d'autres organes, et dont le syndrome de compression intracranienne est parfois la seule expression clinique. — M. Sano, dans un exposé saisissant de clarté, a mis au point la question, délicate entre toutes, de la physio-pathologie du cervelet. L'embryologie, l'anatomie, la pathologie de cet organe furent schématisées en un langage élégant et précis, et illustrées d'un nombre considérable de préparations microscopiques projetées sur l'écran. — M. Cuylits sut renouveler l'intérêt d'une question un peu vieillie, comme celle des voleurs aliénés, en fouillant certains points, obscurs encore, de leur psychologie, et en donnant une note personnelle à ses considérations cliniques.

Le choix des villes permit aussi de donner satisfaction aux deux partis qui luttent en Belgique pour la suprématie. Ainsi que le fit finement remarquer le baron Stienon du Pré, sénateur et bourgmestre de Tournai, en recevant les congressistes en son hôtel de ville, après avoir le premier jour reçu l'hospitalité d'une ville flamande, nous cloturâmes notre réunion en une vieille ville wallonne, qui s'enorgueillit d'avoir été le berceau de Chilpéric et de Clovis.

Cette seconde journée remporta, d'ailleurs, un succès plus grand que la première ; en dehors du Dr Beesau, président de la Société de médecine mentale, et du professeur Brachet, de l'Université de Bruxelles, on remarquait au bureau MM. Dom, directeur général de la Bienfaisance au ministère de la Justice, le Dr Glo-

©BIUM

rieux, inspecteur des asiles et colonies du royaume. Parmi les Français présents notons MM. Chardon, Sollier, Trénel.

L'usage veut que le Président du Congrès fasse, en la séance d'ouverture, une communication sur un sujet de sa spécialité. Après la présentation des membres à M. Colaert, bourgmestre d'Ypres, M. le professeur Brachet prit la parole, et avec cette parole chaude et convaincante qu'on lui sait, il montra, en prenant comme exemple le système nerveux, combien les anatomistes, les embryologistes et les physiologistes envisagent de façon différente le même point de vue.

La physiologie considère l'édification des fonctions, tous les organes doivent jouer leur rôle ; la coordination stricte des organes est la condition essentielle de la vie. L'auteur signale, en passant, la notion nouvelle des hormones, qui enlèvera peut-être au système nerveux un certain nombre de fonctions, car à l'heure actuelle le système nerveux englobe toutes les fonctions inconnues.

Anatomiquement l'œuf, simple cellule, se divise, prend des formes embryonnaires de plus en plus complexes. Il n'y a pas de système nerveux périphérique : peut-être, seulement à un moment, une ébauche indépendante de système nerveux central. Ce système nerveux n'apparaîtra que dans l'organisme fonctionnant, d'où cette double conclusion :

1° Le système nerveux est inutile dans la formation des organes ;

2° Il a un rôle prépondérant dans la coordination des fonctions.

Il y a néanmoins dans le développement une harmonie aussi grande que dans le fonctionnement. L'embryon forme un tout coordonné sans système nerveux. Les histologistes constatent que les nerfs périphériques n'apparaissent qu'à des périodes avancées du développe-

©BIUM

ment embryonnaire. La théorie de l'odogenèse, celle du neurotropisme de Cajal expliquent la formation des fibrilles nerveuses dans un sens déterminé. Bien avant que les neurofibrilles soient décelables, il existe des traînées de cellules, se ramifiant entre les organes, formant des réseaux servant de fils conducteurs aux réseaux définitifs. Ces réseaux jouent un rôle primaire. Peut-être pense-t-on que c'est reculer le problème ? En réalité, on lui substitue un autre problème se résumant en celui-ci : dans un œuf homogène, comment se constitue un réseau nerveux primaire ? Dans l'œuf il n'y a pas de système nerveux, mais des courants plasmatiques, qui établissent des relations aussi harmonieuses que le système nerveux.

En résumé, il existe trois stades dans le développement de l'œuf :

1° Coordination sans système nerveux ;

2° Coordination avec système nerveux primaire ;

3° Coordination avec système nerveux développé.

Tout se ramène en un mot à un problème de coordination.

Samedi 29 septembre (hôtel de ville d'Ypres) : *La craniectomie décompressive.* Rapport présenté par le Dr Georges Bouché.

L'exagération de la pression intracranienne relève de divers processus pathologiques, dont les uns sont acquis (fractures, tumeurs, inflammation des méninges), les autres dus à des anomalies de développement (déformations craniennes). Le mécanisme de la compression est particulièrement étudié par le rapporteur.

La compression, d'unilatérale qu'elle était au début, devient bilatérale ; localisée à l'un ou l'autre étage du crâne, elle va se généraliser. Les réactions des centres bulbaires deviennent l'axe de la situation. Cushing, qui a fait de ces phénomènes une admirable étude expéri-

mentale, envisage dans ces réactions quatre périodes :

1° Une période de début ;

2° Une période de compensation subdivisée en deux : compensation légère et compensation haute. La pression artérielle remonte au-dessus de la pression intracranienne ;

3° Une période de compensation faiblissante, on observe alors dans la pression artérielle les vagues de Traube Hering ;

4° Enfin apparaît une période paralytique prémonitoire de la mort.

Le syndrome de compression comprend, par ordre d'importance, les symptômes suivants : céphalée, papille de stase, vomissements cérébraux, troubles de la respiration, du pouls et de la tension artérielle. Il faut également citer un grand nombre d'autres manifestations locales de l'hypertension générale : vertiges, convulsions, bourdonnements d'oreilles, troubles de la parole, paralysies des nerfs craniens, spasmes, troubles pupillaires, aréflexie, peuvent, à l'occasion, n'être que l'expression de la tension excessive, sans valeur de localisation. Il s'ajoute généralement au syndrome, qui se constitue progressivement, de la diplopie par parésie de la VI^{e} paire.

Le plus souvent, l'évolution est lentement progressive avec des rémissions au début, puis l'allure s'accélère, et la terminaison s'achève en quelques mois, en un an ou deux. Exceptionnellement elle dure cinq, dix et même quinze ans. Un très petit nombre de cas arrivent à la guérison spontanée, mais presque toujours avec cécité.

L'efficacité de l'intervention dépend pour une large part de la précocité du diagnostic. Le plus souvent, c'est l'ophtalmoscope à la main que le médecin, averti, découvrira la compression. La recherche des symptômes

©BIUM

de troubles fonctionnels locaux est de la plus haute importance dans tous les cas de compression, quels qu'ils soient. La radiographie a permis parfois de déceler des tumeurs de la base, et notamment de l'hypophyse. La ponction lombaire fournit rarement des éléments importants de diagnostic. C'est à la trépanation exploratrice qu'il faudra recourir dans les cas douteux.

La compression cérébrale aboutit parfois à la guérison spontanée, mais le malade reste le plus souvent aveugle. Dans les cas influencés favorablement par le traitement médical (syphilis), l'action n'est pas toujours assez rapide pour éviter la production de lésions définitives du côté des yeux.

Le traitement chirurgical reste le traitement de choix. La ponction lombaire est le plus souvent inefficace, malgré quelques succès dans des cas spéciaux (urémie, méningite, saturnisme). Il faut, en réalité, pratiquer la craniectomie, avec ou sans incision des méninges. La céphalée, les vomissements, les troubles circulatoires et respiratoires cèdent alors rapidement. La vue est préservée. Si la lésion est localisée, il faut l'extirper. Si elle est étendue ou inacessible, il faut pratiquer une craniectomie palliative dans une région bien protégée (région sous-temporale, région sous-occipitale). Cette intervention rend l'existence supportable au malade, elle lui assure une survie d'autant plus longue que l'intervention a été plus précoce.

La mortalité opératoire a diminué dans de notables proportions en ces dernières années, par suite de la précocité de l'intervention et du perfectionnement de la technique. Le danger de la craniectomie double est nul ; il en est de même de la craniectomie avec ouverture de la méninge, lorsque cette opération est faite en deux temps. Les opérations exploratrices et extirpatrices sont plus meurtrières, mais il faut tenir compte qu'elles se

produisent dans des cas où les dangers intrinsèques sont plus grands. Néanmoins, les opérations extirpatrices, suivies de guérison, deviennent de plus en plus nombreuses dans les cas de collections méningées, tumeurs encapsulées, tuberculose. Dans les cas les plus défavorables de tumeurs inextirpables, la formation délibérée d'une hernie cérébrale de décompression a pu assurer une survie supportable de plusieurs années, atteignant même huit ans.

Le Dr Bouché estime que les cas de maux de tête rebelles, accompagnés ou non de nausées, vomissements, vertiges, troubles de la vue, doivent faire l'objet d'un examen spécial au point de vue du système nerveux et de l'œil ; les signes ophtalmoscopiques précèdent, en effet, de beaucoup, les constatations du malade ou de l'entourage concernant la perte de la vue. Il est véritablement coupable, dans l'état actuel de la science, d'abandonner ces malades aux douleurs les plus épouvantables qui soient, à la cécité et à la mort sans avoir tenté de les faire bénéficier des bienfaits de la craniectomie décompressive.

Discussion. — M. Lorand préconise le traitement médical, et l'emploi des médicaments susceptibles de produire un écoulement nasal considérable. — M. Crocq est partisan de l'intervention précoce. Il cite un cas de gomme de la base, avec perte complète de la vision, qui est resté dans un état très alarmant pendant les quinze jours qui suivirent la trépanation, et qui ne présente plus à l'heure actuelle que de l'hémiopie. M. Crocq croit que M. Bouché fait trop bon marché de la substance cérébrale, et que les compensations cérébrales ne s'établissent qu'avec difficulté. — M. Deroitte rapporte un cas de tumeur du cervelet. Il est partisan, pour l'anesthésie, du mélange chloroforme-éther ; on doit faire de larges ouvertures pour éviter l'attrition de la

©BIUM

matière cérébrale par les bords de la plaie opératoire. — M. Bouché déclare que quand il y a stase papillaire, il ne faut pas s'attarder à des traitements médicaux. Il a vu, récemment, un homme devenir aveugle en une demi-journée. Après l'intervention, la stase a disparu en cinq jours, mais le malade n'a plus qu'une vision de 1/10. L'éther, comme anesthésique, provoque de la congestion veineuse du cerveau, et cela gêne l'intervention. Il est préférable de faire précéder l'anesthésie d'une injection de strychnine. Il ne faut pas faire de larges ouvertures, il faut limiter la durée de l'intervention et l'hémorragie, qui sont les deux principaux facteurs du shock opératoire. Cependant il ne faut pas faire une décompression trop rapide, qui peut être une cause de mort subite. Le rapporteur croit à la rééducation facile du lobe cérébral de l'autre côté. La portion externe du cervelet, d'autre part, a peu d'importance au point de vue de la coordination. Ce sont les ganglions centraux qui ont de la valeur, et qu'il ne faut pas supprimer.

La séance se termine par une communication : *La connaissance complète de la personnalité de l'aliéné*, par M. Dierycк (d'Ypres). L'auteur insiste sur l'utilité qu'il y a, pour le médecin, à se trouver en rapport avec les parents et les amis de l'aliéné. Ainsi on peut préciser l'étiologie et les causes occasionnelles de la psychose. Il faudrait faciliter la tâche de l'aliéniste en accordant le voyage gratuit à trois personnes pendant la première semaine de l'internement, et la franchise postale avec le directeur de l'asile. En Hollande, il existe des sections d'observation annexées aux hôpitaux, où les malades vivent du régime ordinaire de l'hôpital. Tous les moyens de contrainte sont abolis. Beaucoup de malades sont guéris rapidement, et ne sont pas internés. Enfin, il faudrait, en Belgique, que les instituteurs con-

signent, dans un rapport annuel, l'état intellectuel des enfants.

Discussion. — M. DE GROOTE pense que pour donner une valeur scientifique à ces fiches, il faudrait qu'elles fussent rédigées par un médecin attaché à l'école. — M. LEY dit que dans quelques écoles il existe un dossier médico-pédagogique pour chaque élève. — M. le professeur BRACHET trouve ce système dangereux, cela peut faire le plus grand tort aux enfants, à qui on inflige dès l'enfance une tare indélébile. Il faudrait entourer l'établissement de ces fiches des plus sérieuses garanties.

L'après-midi, les congressistes se réunirent à nouveau à l'hôtel de ville pour entendre le rapport de M. Sano.

La physio-pathologie du cervelet, rapport présenté par M. SANO (d'Anvers). L'auteur étudie d'abord très complètement l'embryologie du cervelet chez les poissons, l'oiseau, le mammifère. Les trois vésicules encéphaliques de l'embryon humain, mesurant 15 millimètres, montrent à peine l'endroit où se développera le cervelet. Le quatrième ventricule, recouvert de la membrane obturatrice, rappelle l'aspect du rhombencéphale de la grenouille.

Le vermis se développe d'abord et se plisse le premier. La formation des lobes latéraux est néanmoins très précoce, et l'emporte rapidement sur celle du vermis. Le deuxième mois, les lobes remontent bilatéralement, et les corps restiformes prennent leur volume relatif, phénomènes qui sont retardés chez les embryons où se montre un arrêt de développement.

Les parties essentielles du cervelet sont : les noyaux centraux, l'écorce, les faisceaux blancs. En ce qui concerne les noyaux centraux, le noyau du toit existe seul chez les vertébrés inférieurs et chez les oiseaux. Chez les mammifères, de ce centre primitif se détachent :

©BIUM

noyau du bouchon, noyau sphérique, noyau dentelé. Ce noyau n'est réellement dentelé que chez les anthropoïdes.

La différenciation des noyaux centraux correspond à la différenciation des membres, et le développement de l'écorce des lobes latéraux lui est concomitant. Concurremment avec les lobes latéraux se développent les pédoncules cérébelleux moyens et le pont.

Par les voies afférentes, le cervelet reçoit des faisceaux originaires de tous les grands noyaux sensitifs. On peut les grouper en deux grandes catégories :

1° Ceux qui répondent à des protoneurones sensitifs métencéphaliques (homosegmentaires), et parmi lesquels il faut ranger le plus grand nombre de protoneurones du trijumeau ; le nerf accessoire du facial, le nerf vestibulaire ;

2° Ceux qui lui viennent de noyaux hétéro-segmentaires. Le cervelet élabore les associations de sensations mécaniques. Tout centre nerveux a une influence double : tonifiante pour l'action des centres homodymanes, et frénatrice pour les centres hétérodynames. Ainsi le cervelet augmente le tonus nerveux des noyaux moteurs médullaires ; il modère l'action excitatrice du télencéphale et du diencéphale. La suppression des fonctions cérébelleuses entraîne l'exagération des mouvements volontaires et leur incoordination. De là la nécessité de plus d'attention dans l'exécution des mouvements, leur dédoublement en mouvements isolés, lenteur et adiadococinésie. La marche exigeant un jeu de mouvements simultanés devient incertaine, ébrieuse ou asynergique. Ces symptômes sont les seuls qui appartiennent en propre à la pathologie du déficit cérébelleux.

L'auteur se demande si certains symptômes comme la catatonie, la catalepsie et les contractures ne seraient pas l'expression clinique d'une accentuation pathologique des fonctions cérébelleuses.

M. Sano accompagne l'exposé de son rapport d'un grand nombre de projections, se rapportant pour la plupart à l'anatomie pathologique. Il discute à ce propos les cas cliniques, suivis d'autopsie, qu'il a eu l'occasion d'observer, et examine, en terminant, l'histoire d'une malade chez laquelle l'asynergie cérébelleuse constitue le syndrome prédominant.

Discussion. — M. Bouché. Il est fréquent, pendant quelque temps, de voir, chez les cérébelleux, des signes d'ataxie légère. Le malade peut arriver à compenser ses troubles cérébelleux, et même à les masquer. Parfois, ce sont les symptômes de voisinage qui permettent de faire le diagnostic. La compression de nature cérébelleuse est une cause fréquente d'obstruction du 4e ventricule. Une autre complication est l'hydrocéphalie cérébelleuse. M. Sano a montré qu'au point de vue embryologique le cervelet est un organe surajouté. Peut-être n'est-il pas aussi indispensable que l'on croit à la vie. — M. Decroly rapporte un cas d'agénésie cérébelleuse. Il pense qu'il serait très intéressant de savoir à quelle époque exacte les différentes fonctions cérébelleuses s'établissent chez le petit enfant. — M. Sano ne croit pas que le cervelet puisse être entièrement suppléé par le grand cerveau, surtout le vermis supérieur, qui joue un rôle si important dans les mouvements des yeux. — M. Bouché déclare que tout ce qui est noyau central du cervelet ne doit pas être enlevé. Pour avoir une suppléance cérébrale, il faut l'intégrité de la voie cérébello-rubiale. Est-elle intacte dans les cas d'agénésie cérébelleuse?

A la suite de la discussion de ce rapport, M. Joire présente *un instrument de diagnostic des maladies nerveuses, le sthénomètre*; puis M. D'Hollander expose le résultat de ses *Recherches sur les couches optiques*. L'étude de la localisation, dans le thalamus opticus, des

©BIUM

dégénérescences expérimentales ne se comprend pas, sans la connaissance parfaite de la topographie nucléaire. Les auteurs classiques ne donnent pas de description méthodique, détaillée et poursuivant pas à pas, dans la série des coupes, l'apparition, l'épanouissement et la disparition des divers noyaux ; leurs appellations se contredisent très souvent, et ne s'accompagnent pas de figures conformes à la réalité, permettant de s'orienter dans le dédale des noyaux thalamiques. Pour combler cette lacune, D'Hollander a étudié, chez le lapin, le thalamus opticus en coupes sériées, en s'aidant simultanément des méthodes de Weigert et de Nissl. Il projette sur l'écran la série des microphotographies de ses préparations. La communication de M. D'Hollander fut particulièrement appréciée par les auditeurs, qui se rendirent compte de la somme de travail qu'avait demandée, à leur auteur, l'étude et la préparation de ses coupes. Des applaudissements unanimes accueillirent le savant travail du dévoué secrétaire général.

A l'issue de la séance, pendant que quelques membres visitaient les merveilles d'art que renferme Ypres, d'autres congressistes, sous la conduite de M. Dieryck, visitaient l'asile d'aliénées de la ville. Cet asile, qui hospitalise trois cent vingt femmes, est en réalité une maison religieuse privée, avec laquelle l'État belge a un traité. Conçue sur un modèle ancien, elle est néanmoins remarquablement tenue, et laisse une impression de propreté et de confort.

Après cette journée bien remplie, les congressistes partaient à 19 h. 36 pour Tournai.

Dimanche 30 septembre (asile de Tournai). *Les voleurs aliénés*. Rapport présenté par M. Cuylits. — L'auteur étudie les voleurs aliénés, non criminels ; d'après 47 malades internés à l'asile, dont 30 appartiennent au milieu urbain et 17 au milieu rural. Il s'attache surtout

à retracer le *curriculum vitæ* et les antécédents de ses malades ; 60 p. 100 ont présenté des troubles du caractère dans l'enfance. Au point de vue héréditaire, il faut surtout noter l'alcoolisme du père, l'hystérie et les troubles du caractère de la mère.

La plupart de ces délinquants sont atteints de folie morale, et présentent les stigmates physiques de la dégénérescence. Le milieu familial ne compte pas pour eux ; ils sont abouliques, susceptibles, vaniteux, suggestibles, simulateurs, instables ; l'alcool a pour eux une attraction relativement grande ; ils se livrent à l'onanisme, et vivent en concubinage. La plupart sont des dromomanes.

Ils ont parfois des idées de suicide, mais sans consistance, pour effrayer plutôt leur entourage. Ils répugnent aux voies de fait contre les personnes. Ils volent ordinairement seuls, par crainte de voir échapper leur butin. Ce sont des mythomanes, qui trompent consciemment et inconsciemment ; ils embellissent la réalité.

Le rapporteur passe en revue le vol dans les différentes maladies mentales, et tout d'abord dans l'imbécillité. Il s'attache à décrire le vol par impulsion, le vol chez les sujets à perversions instinctives. Il trace un portrait très fouillé de l'escroc, et en particulier de l'escroc qui vole pour satisfaire son instinct du jeu. Il dépeint avec Krafft-Ebing et le professeur Régis le voleur hystérique, et passe rapidement sur le vol dans l'épilepsie, la neurasthénie, la chorée, la dipsomanie, la démence précoce et les intoxications. Le vol pathologique relève en résumé :

1° De troubles de la cénesthésie ;
2° D'une suractivité motrice ;
3° De tendances aux idées fixes.

Discussion. — M. Ley. Un point surtout est à retenir du rapport de M. Cuylits : le vol est en général

©BIUM

l'apanage des débiles. Le juge devrait systématiquement prescrire l'examen mental de tous les inculpés de vol. M. Ley a examiné 300 enfants arriérés, comparativement avec 300 écoliers normaux, provenant du même milieu social. Les premiers présentaient, avec une fréquence beaucoup plus grande, toutes les tares morales, et renfermaient un nombre bien plus grand de petits voleurs. L'auteur a observé une voleuse, chez qui l'acte délictueux était conditionné uniquement par des interprétations délirantes. Elle se figurait qu'on donnait aux autres des aliments bien meilleurs, et, dans les restaurants, se précipitait sur les plats servis à ses voisins. — M. Deroitte envisage toute une catégorie de déséquilibrés, qui, sous l'influence d'une intoxication, font des accès délirants. Il a observé un dégénéré qui, par moments, a des accès de dipsomanie, et qui, sous cette influence, a déserté, a eu plusieurs condamnations et plusieurs non-lieu. Il a fait quatorze mois de prison, sans expertise psychiatrique. Ces débiles devraient être colloqués à domicile. En Belgique, les parents peuvent, en effet, garder leurs aliénés, et touchent une redevance de l'État ; mais ils ne sont soumis qu'à l'inspection du juge de Paix et du médecin du Bureau de bienfaisance. M. Deroitte demande au Congrès de sanctionner le vœu suivant :

Le VII^e^ Congrès belge de neurologie et de psychiatrie émet les vœux :

1° *Que les magistrats soumettent plus souvent à l'expertise médicale les prévenus reconnus coupables de vol habituel* ;

2° *Que toujours les délinquants subissent l'examen d'un médecin aliéniste, avant d'être envoyés aux colonies de bienfaisance* ;

3° *Que les aliénés, séquestrés à domicile, soient soumis désormais à la surveillance des médecins aliénistes.*

M. Decroly pense que l'on doit baser sur la débilité mentale la grande majorité des causes de vol. Tous les petits enfants volent, parce qu'ils n'ont pas la notion de la personnalité, ni celle de la propriété, et qu'ils ne se rendent pas compte du danger qu'il y a à toucher à la propriété d'autrui. La moralité commence (et ceci a une importance au point de vue éducatif) quand le petit enfant pense qu'on pourrait lui prendre son bien, comme il l'a pris à autrui. — M. Famenne insiste sur le vol dans les psychoses infectieuses, et rapporte un cas de kleptomanie par influenza. — M. Libert résume l'observation d'une créole de la Martinique qui fut arrêtée à Paris pour vol, et finalement reconnue atteinte de neurasthénie traumatique. — M. Cuylits déclare qu'il a voulu étudier surtout les débiles mentaux, et montrer leur grande importance par rapport aux autres.

M. Libert, la discussion du rapport de M. Cuylits étant épuisée, fait une communication sur *les perversions instinctives au début de la démence précoce*. Sérieux a, en 1902, attiré l'attention sur l'analogie que présente l'évolution de la paralysie générale et celle de la démence précoce. De même que Legrand du Saulle a décrit une période médico-légale dans la paralysie générale, de même Joffroy, puis Antheaume et Mignot ont montré l'existence d'un syndrome analogue dans la démence précoce. Ce syndrome a été entrevu par Lasègue, Falret, Fink, Kahlbaum, Charpentier. En ces dernières années il a été décrit par Chardon et Dide, Gilbert Ballet, Jeliffe, Guiguet, Bisch, Et. Martin, Rousset et Lafforgue, H. Colin. Les vieux auteurs abondent en cas de ce genre. M. Libert rapporte tout au long l'exemple particulièrement démonstratif du maréchal des logis Mendic, publié en 1828 par Georget dans sa *Nouvelle discussion médico-légale sur la folie*; il cite aussi des extraits de Lélut. Il apporte comme

©BIUM

contribution à l'étude de la question cinq observations inédites recueillies dans le service de M. le Dr Sérieux. Deux sont particulièrement intéressantes, parce qu'il s'agit vraisemblablement d'anormales constitutionnelles devenues démentes précoces. Le diagnostic, tout au début de la maladie, a une importance particulière. Les pervers instinctifs relèvent de l'asile de sûreté, les déments précoces de l'asile. Il est, d'autre part, nécessaire pour les médecins et les juges militaires de bien connaître ces faits, pour éviter de lamentables erreurs, analogues à celles qui sont relatées par Pactet et Privat de Fortunié, Kagi, Bennecke, Schultze, Antheaume et Mignot, Bouchaud, Vigouroux, Lanteaume. Le diagnostic est facile si l'on note un changement brusque du caractère, si l'acte délictueux revêt un aspect de niaiserie; mais il est particulièrement délicat si une démence précoce se développe chez un fou moral. Dans les deux cas on devra s'attacher à rechercher, de bonne heure, les signes avant-coureurs de la démence.

A la suite de cette séance, les membres du Congrès visitèrent l'asile de Tournai, asile d'Etat pour hommes, datant de vingt-cinq ans, cédé à bail aux Frères de la Charité; 920 malades y sont hospitalisés en 13 quartiers, avec des cours séparées par de grosses grilles, qui donnent un peu à l'asile l'aspect d'une prison. Quelques malheureux ont encore les menottes. Une soixantaine de délinquants sont en observation dans un quartier spécial. Un quartier de sûreté est en construction ; il y aura de la place pour 67 malades. Son plan présente de grandes analogies avec celui de l'asile de Dühren. A l'issue de cette visite, un lunch nous fut très aimablement offert par l'administration de l'asile. — M. Menzerath en profita pour faire une communication sur *l'étude expérimentale de la dissimulation*. Fénelon, dit-il, prétend que la dissimulation est indigne d'un honnête

homme. Cela indique un excellent moraliste, mais un mauvais observateur. Tout le monde dissimule, diplomate, homme et femme du monde aussi bien qu'aliéné et criminel. On cache surtout à autrui des faits d'ordre émotif, des « complexus » pour employer le terme technique. Avons-nous des méthodes nous révélant ces complexus en dépit de la volonté du sujet ? On peut répondre affirmativement. Une de ces méthodes est la *méthode des associations* ou plutôt des *réactions verbales*. On prononce un mot devant le sujet, et on lui demande d'associer, *le plus vite possible*, à ce premier mot un réaction verbale. Cette méthode, excellente en elle-même, comporte des *exceptions* : un alcoolique chronique ne réagit plus à ses complexus, ses réactions ne montrent aucun symptôme caractéristique.

Un jeune médecin d'Utrecht, le Dr Schnitzler, prétend que les résultats sont obtenus par auto-suggestion, et qu'en réalité la méthode des associations ne peut rien donner. Menzerath, pour connaître la valeur des conclusions de Schnitzler, a appliqué sa méthode. Il a composé une série de 100 mots contenant 30 mots complexes. Il a expérimenté sur des médecins qui devaient dans leurs réactions dissimuler leur profession. Les mots complexes se rattachaient à la médecine. Il y avait 40 mots affectifs (20 positifs : amour, gloire, etc., 20 négatifs : horreur, saleté, etc.). Vu l'instruction de dissimuler sa profession le sujet est forcé de chercher un terme « indifférent », ou « banal », ce qui ne réussit pas toujours (*trahison directe*), ou ne réussit qu'après un temps relativement long (*trahison indirecte*). Tous les sujets se sont trahis sans exception d'une façon directe, notamment aux mots très spéciaux (atoxyl, neurone, etc.). Quant au calcul des temps de réaction, comparant les temps moyens des 70 réactions *indifférentes* (Schnitzler) avec les 30 réactions complexes, la différence est nette.

©BIUM

Les 70 réactions dites indifférentes ne le sont peut-être pas en réalité, car les 40 mots affectifs peuvent révéler des complexus secondaires, qui, de leur côté, influencent les temps de réaction.

Menzerath a questionné après la séance chaque sujet sur son instrospection, et a vu que sa critique était absolument justifiée. La méthode de Schnitzler est fausse ; les mots affectifs doivent être remplacés par des termes indifférents, ce qui donnera une plus grande netteté aux résultats, une plus grande sûreté aux conclusions.

L'ordre du jour du Congrès n'a pu néanmoins être épuisé. Les communications suivantes ont été remises au secrétaire du Congrès pour être insérées aux comptes rendus :

MM. Sollier. *Pantopon et hystérie.*

Lorand. *Une nouvelle méthode pour le traitement des maux de tête.*

Decroly. 1° *Un cas de diplégie cérébrale* ; 2° *Un cas de démence précocissime.*

Ley. 1° *Un cas d'épilepsie alcoolique* ; 2° *La question des boissons alcooliques dans les asiles d'aliénés belges.*

Famenne. *Rôle de l'infection dans les troubles de l'esprit.*

Deroitte. *L'assistance judiciaire et sociale dans les psychoses intermittentes.*

Fillassier et Salomon. *Contribution au problème du divorce et de l'aliénation.*

Mignard et Petit. *Délire et personnalité.*

Parhon, Urechia et Popea. *Note sur la lipoïdhémie chez les aliénés.*

Parhon et Urechia. *Recherches sur l'influence des glandes endocrines sur l'excitabilité des centres nerveux.*

Le lunch clôturé par une série de toasts, les congressistes visitèrent Tournai, ses monuments et ses musées, sous la conduite de M. le Président du Tribunal, Soil de Morialmé, archéologue, qui, avec la plus entière bonne grâce, ne cessa de se prodiguer pour être agréable à tous indistinctement. Enfin, le soir, un banquet nous réunit pour la dernière fois au Central Hôtel.

Le Congrès doit se réunir l'an prochain à Gand, M. Dom a exprimé, au nom du gouvernement, le désir qu'il fût international. La question sera résolue par les bureaux de la Société de neurologie et de la Société de médecine mentale qui désigneront les rapporteurs.

Ce Congrès est assuré par avance du plus légitime succès, et la France aura certainement à cœur de manifester, par un grand nombre d'adhésions, l'intérêt qu'elle porte à toutes les manifestations scientifiques de sa sœur du Nord.

Dr Lucien Libert.

©BIUM

Pathologie.

NOTES CLINIQUES

SUR

LES ALIÉNÉS GÉMISSEURS

PAR LES DOCTEURS

J. SÉGLAS, Médecin de la Salpêtrière. **et Robert DUBOIS,** Interne des hôpitaux.

Nous avons eu l'occasion d'observer à la Salpêtrière une malade rappelant à de certains égards ces aliénés dits « gémisseurs » sur lesquels Morel a attiré l'attention dans ses études cliniques. Le cas nous a paru intéressant en raison de la pathogénie du syndrome morbide et de son évolution qui s'est terminée par la guérison.

M^me^ Fr..., âgée de quarante-trois ans, entrée à l'hospice de la Salpêtrière le 5 décembre 1910.

Antécédents héréditaires. — Père mort dans un asile après six mois d'internement.

A trois frères bien portants.

Antécédents personnels. — Bien portante.

Réglée régulièrement depuis l'âge de quatorze ans.

A eu deux filles. Suites de couches normales.

A toujours eu des tendances à se préoccuper de tout : craignant de manquer sa vie, de devenir pauvre, misérable, disant volontiers qu'elle ne voulait pas avoir d'enfants parce qu'elle aurait peur de les perdre, etc.

En février 1908, elle se fait soigner pour des accidents de métrite.

Souvent, et surtout au moment des règles, elle éprouvait de violentes douleurs dans le bas-ventre avec paroxysmes *qui la plient en deux et lui font faire des contorsions*.

Le traitement reste sans grands résultats; les pansements gynécologiques, les injections ne la calment pas, et, peu à peu, elle en vient à se préoccuper outre mesure de son état.

Vers la mi-octobre 1910, elle dort moins bien; on lui trouve l'air triste, elle manifeste des idées noires, appréhende l'hiver; elle se trouve sale, maladroite, incapable de quoi que ce soit.

La nuit du 24 octobre, après s'être couchée vers neuf heures et s'être endormie, elle se réveille à minuit « tout en pleurs ». Il lui semble que son corps est froid, elle veut mourir, elle réveille son mari pour qu'il vienne se tuer avec elle, car tout est perdu, ils sont ruinés.

Elle se lève, on la retient.

Les jours suivants, cet état persiste; elle reproche à son mari d'avoir fait construire une maison parce que cela les a ruinés; elle se reproche de ne plus pouvoir rien faire, de n'être plus bonne à rien avec sa maladie de ventre; aussi vaut-il mieux se tuer.

Le 1er novembre, on la mène chez sa fille à Nangis, où elle reste jusqu'au 5 décembre, date de son entrée à la Salpêtrière. Durant cette période, la malade « vit dans la douleur »; parfois, elle s'occupe machinalement aux soins du ménage, parfois elle reste dans un coin et pendant un quart d'heure, gémit : « Ah! mon Dieu, mon Dieu! Ah! mes pauvres enfants, je suis folle! »

Ces gémissements ne se présentent que par intervalles. Parfois, elle erre à travers champs ou va comme pour se jeter à l'eau, mais « quelque chose la retient ». Elle mange peu, il faut qu'on l'y oblige, « car ça lui est impossible, elle a l'estomac malade, le ventre pesant, c'est sa maladie de matrice qui l'a rendue comme ça et elle est toute démolie, détraquée ».

Comme son état persiste, on l'amène à Paris chez son autre fille, et celle-ci, avec l'aide de sa concierge, l'amène à la Salpêtrière sous prétexte de lui faire soigner son ventre.

A son entrée, elle se plaint sur un ton pleurard d'avoir été trompée, qu'elle n'est pas folle, qu'elle a mal au ventre.

« Croyez-vous qu'on peut enfermer une femme comme moi! On a dit qu'on me ferait soigner pour un fibrome, c'est infâme,

©BIUM

infâme. J'ai vu que j'étais perdue. Je vous parle en femme de cœur, j'ai beau être campagnarde. C'est me faire devenir folle complètement ; je les ai entendues l'une bêler, l'autre chanter. Mes enfants ne savent pas ce qu'ils ont fait. Il y a une pitié pour tout le monde, c'est épouvantable, voyons, voyons, voyons.

« Je suis « hallali » comme un cerf. J'ai été prise par une femme (elle veut parler de la concierge, de sa fille qui l'a amenée) dont je suis victime et qui a fait trois cents victimes. Elle me l'a avoué dans la voiture, elle a fait mettre ces gens (elle montre les autres malades) à l'hôpital. Elle en fera d'autres. Quand je pleure, c'est ça que je pleure. »

D. — Pourquoi êtes-vous venue ici ?

R. — Je suis venue à Paris avec ma fille et mon gendre. Je ne mangeais pas, j'avais mal dans les reins, j'avais des idées noires, j'étais triste sans savoir pourquoi. C'est quelque chose qui m'a attaqué les reins. Nous sommes venus à Paris, quand on ne sait pas, on ne sait pas. Ça c'est triste, plus que triste ; on parle de la traite des blanches, ça n'est pas pire que ça.

Et la malade se met à gémir.

Dans le service, elle passe tout son temps à gémir sur elle et ses malheurs. Alitée, elle se lève souvent et va en chemise s'accroupir dans un angle de la pièce et gémir en dandinant la tête et le corps « parce qu'elle a trop chaud dans le lit ».

D'autres fois elle se met tout debout sur son lit, la chemise relevée, les fesses appuyées contre le mur « parce qu'elle a trop chaud au derrière ».

A d'autres moments, elle s'assied sur le parquet, sa chemise relevée, et se traîne, en s'aidant de ses mains, toujours pour se rafraîchir.

Tout le jour, c'est une lamentation continue, soit simples cris, gémissements, soit des cris d'animaux, aboiement, beuglement ; parfois enfin elle se lamente : « Oh ! mon Dieu, mon Dieu, mes pauvres enfants, mes pauvres enfants ! » et elle pleure. Elle répète cela des heures entières comme des litanies : « A Samoy, dit-elle, mes amis, laissez une place pour la pauvre martyre, la pauvre orpheline, la pauvre martyre !... »

Ainsi gémit-elle, s'arrêtant seulement pour manger et cessant la nuit pendant laquelle elle dort bien. Et peu à peu, son gémissement devient une véritable stéréotypie continue, ne s'accompagnant plus d'aucune idée délirante, si bien qu'à partir de février 1911 le tableau clinique ne présente jamais aucun changement d'une heure ou d'un jour à l'autre.

Tout le jour, la malade est accroupie à terre, les cuisses pliées sur le ventre, les jambes sur les cuisses, les mains appuyées sur le ventre; elle est adossée soit contre un arbre, soit contre un mur. Elle se dandine de droite et de gauche « à la façon des Aissaouas » : c'est un balancement complet de la tête, des épaules et du corps, et à chaque balancement, la malade gémit, à la façon d'une pleureuse. La plainte est très forte, violente, on l'entend dans toute la division, si bien qu'elle est une gêne pour toutes les autres malades qui la chassent d'un coin à l'autre... elle se lève et s'en va tout en gémissant, s'accroupir plus loin et continuer son balancement et ses gémissements qui ne cessent jamais. Tantôt, c'est un cri pleurnichant, tantôt il est entrecoupé de plainte plus précise. « Oh! mon Dieu, mon Dieu, mes pauvres enfants! oh! mon ventre! » Parfois même, la plainte est plus violente; la malade déchire ses vêtements, se met nue, roule sur le dos comme une toupie, frappant le sol de ses pieds et de ses mains et demandant la mort; puis au bout d'une demi-heure se calme et reprend sa stéréotypie habituelle.

Au réfectoire, cependant, la malade cesse ses gémissements dès qu'elle commence à manger; on lui fait remarquer qu'elle peut se retenir; on lui demande pourquoi elle n'en fait pas autant tout le jour. « C'est que je souffre, dit-elle, c'est comme une boule qui me monte ici (elle montre sa gorge). Je ne sais pas que faire de moi. »

Au dortoir, elle se déshabille en gémissant; puis, une fois couchée, s'arrête complètement jusqu'au lendemain. Le matin, elle se lève sans gémir, fait son lit, puis retourne à son coin habituel où elle reprend son attitude, ses balancements et ses plaintes.

Cet état mental ne se modifie guère pendant les mois suivants et rien ne peut arriver à rompre la monotonie de cette existence. Tentatives de dérivation par une occupation quelconque, défenses autoritaires, encouragements, persuasion, raisonnement, tout reste inutile. Il semble même que plus on s'occupe de la malade, plus elle a de tendance à exagérer ses réactions habituelles; plus on tente de les modérer, plus elle trouve de raisons de les justifier.

« C'est malheureux d'être devenue folle comme ça, de gémir ainsi, à cause de mon mal. Mon Dieu, mes pauvres enfants! Je suis folle, je l'ai dit à mon pauvre mari. Je suis folle. Le médecin a dit, en venant chez moi, « vous faites de la neu-

©BIUM

rasthénie aiguë ». Ici, je suis la grande gâteuse. Pourquoi suis-je ici, pourquoi est-ce que je gémis toute la journée? Je n'ai aucun pouvoir sur moi, je ne suis plus capable de tourner une motte de paille...

« Je ne peux pas me retenir de gémir; maintenant que je me suis retenue pour parler avec vous, je vais gémir plus fort. C'est comme s'il y avait un soufflet en moi qui me fait gémir. Ce cri me fait mal...

« Je ne le ferai plus? Vous n'en savez rien, je le ferai longtemps, je vivrai jusqu'à quatre-vingts ans et je ferai comme ça (reprise des gémissements).

« Oh ! mon pauvre mari, tue-moi, tue-moi, je suis folle... Oh! mon Dieu, mon Dieu, j'ai tout fait, j'ai vu tous les malheureux de la terre. Si on m'avait dit ça, si on m'avait dit ça (elle répète cela vingt fois de suite, d'un ton pleurard, puis crie : Oh! là là, oh! là là!)

« Quand on pense que ma mère s'est cassé les reins en tombant d'un poirier. Monsieur, donnez-moi quelque chose pour m'empêcher de balancer. Il n'y a rien là, c'est vide (elle montre sa poitrine, puis elle reprend ses gémissements).

« Ça n'est pas toujours le même son que je fais, c'est comme le vent. Quand ça s'arrête un peu « c'est mes enfants! ma pauvre fille! »

Du côté physique, il y a peu de choses à signaler : physionomie anxieuse, traits tirés, yeux cernés, teint hâlé, amaigrissement. Les règles n'ont pas reparu depuis le 7 décembre, c'est-à-dire depuis l'arrivée de la malade.

Tel était l'état de la malade, lorsque le 17 septembre 1911, elle se lève comme d'habitude, descend dans la cour s'accroupir dans un coin en gémissant et se balançant. Vers huit heures le matin, sans cause, elle cesse de gémir et de se balancer, il lui semble qu'elle n'est plus la même, qu'elle sort d'une grande maladie. Elle se sent bien et demande tout de suite à travailler. L'après-midi même, elle cire le parquet, coud des torchons. Depuis, elle n'a plus gémi. Les jours suivants, elle demande à retourner chez elle et se dit tout à fait bien.

Aux différentes questions qu'on lui pose sur son attitude, ses gémissements pendant ces longs mois passés, elle répond assez vaguement.

« J'en ai enduré pendant dix mois, je suis entrée le 6 décembre et j'ai fini le 17 septembre. C'était la folie qui causait tout cela, je ne sais pas autre chose; je sentais comme des douleurs

dans les bras et les jambes, j'éprouvais du mal dans les oreilles, je penchais la tête de ce côté, je me balançais et gémissais jusqu'à ce que ça cesse. Un coup quand j'étais au lit et couchée, ça cessait ; la nuit, il me semblait que je faisais mon gémissement en dormant, mais plus doucement.

« Ça a fini comme ça, d'un seul coup. Je me suis levée, le matin ça avait recommencé ; je vais jusqu'à la grille, tout d'un coup ça s'est arrêté. La veille, l'avant-veille, j'avais rendu en allant aux cabinets, des choses bizarres : on aurait dit de la cervelle, c'était fibreux comme de la cervelle. »

La malade ajoute qu'elle pense qu'elle a dû être « intoxiquée ». Il y avait plus « de cinq semaines » qu'elle n'était pas allée aux cabinets quand elle est entrée à la Salpêtrière et elle sentait le « caca » par la bouche (inexact).

Les premiers temps de son séjour à la division Pinel, il lui semblait que sa voix correspondait à sa matrice. « Ma voix, dit-elle, changeait suivant les douleurs que j'éprouvais ; quand j'avais plus mal là (elle montre son bas-ventre), il me semblait que ma voix était plus enrouée. »

Maintenant, elle dit être tout étonnée de se voir guérie et avait peine à le croire : « Si je restais comme je suis, ce serait drôle ! Avoir été si malade et me rappeler tout, tout ! mais je n'ai pas confiance. Je me demande comment je ne suis pas morte ! »

Toutefois, dans la division, elle est gaie, sourit, travaille, s'occupe, se réjouit à l'idée de rentrer chez elle.

La malade dont l'état s'affirme de plus en plus satisfaisant, sort le 12 octobre 1911.

Elle revient nous voir le 15 novembre 1911. Elle paraît alors aussi bien que possible. Elle parle seulement de douleurs de reins et de douleurs dans la région sacrococcygienne très vraisemblablement en rapport avec une rétroversion utérine constatée à la Pitié par le Dr Arrou. Mais cela ne l'empêche pas de s'occuper de son ménage comme avant sa maladie. Elle se montre très satisfaite de son état actuel. Elle a engraissé de 13 livres en un mois depuis sa sortie. Les règles suspendues depuis le 7 décembre 1910 sont revenues le 1er novembre 1911.

En résumé, voilà une malade qui de février 1908 à octobre 1910 souffre de douleurs réelles de cause gynécologique qui déjà lui font faire des « contorsions » (*sic*).

©BIUM

En octobre 1910, elle tombe dans un état de dépression avec intervalles d'anxiété, gémissements, idées de teinte mélancolique et surtout hypocondriaque, déterminant des idées de suicide.

De décembre 1910 au 17 septembre 1911, stéréotypie invariable de l'attitude, des mouvements, des paroles, des gémissements, constituant tout le tableau clinique. Cette stéréotypie, à la fois complexe et monotone, semble tirer son origine première des conceptions hypocondriaques elles-mêmes, en rapport avec les douleurs d'une rétroversion utérine, suivant le mécanisme habituel des stéréotypies, indiqué dans le mémoire de M. Cahen.

L'évolution de la maladie, en effet, nous montre bien cette stéréotypie se constituant progressivement, après deux ans de douleurs, dans ses divers éléments (contorsions, gémissements), à mesure que se développent les idées hypocondriaques. C'est la période de systématisation, à laquelle succède la période de stéréotypie proprement dite, de cristallisation.

Cette dernière période durait depuis l'entrée de la malade en décembre 1910, lorsque, le 17 septembre 1911, elle disparaît soudainement en quelques instants pour ne plus reparaître.

Cette particularité ne laisse pas que d'être assez singulière. Sans doute la constatation d'une stéréotypie n'est pas par elle-même un indice de chronicité fatale. Dans un excellent travail sur la question, M. Dromard a bien mis en relief l'existence, dans certaines circonstances, de stéréotypies aiguës transitoires. Mais il s'agit en pareil cas de stéréotypies de date récente, multiples, mobiles, se présentant dans une phase aiguë de l'affection mentale à laquelle elles font cortège.

Ici, au contraire, la longue durée de la stéréotypie, sa persistance sous une forme invariable, son dévelop-

pement progressif, sa cristallisation coïncidant avec l'effacement des idées qui lui avaient donné naissance, pouvaient paraître autant de raisons de croire à un pronostic plutôt défavorable. Aussi sa disparition a-t-elle pu quelque peu nous surprendre.

Mais ce qui n'est pas moins surprenant, c'est le caractère brusque, soudain de cette disparition.

Une telle soudaineté éveillait naturellement l'hypothèse de l'hystérie. Sans qu'il nous soit possible d'apporter à ce problème une solution décisive dans un sens ou dans l'autre, nous ferons remarquer que ni dans le passé de la malade, ni dans la période de notre observation, nous n'avons pu relever l'existence d'aucun symptôme révélateur de l'hystérie ; nous rappellerons aussi que tous nos efforts psychothérapiques, injonctions autoritaires, tentatives de persuasion, n'ont jamais réussi à faire disparaître, pas même à diminuer, fût-ce pour un instant, ses gémissements, ses attitudes et ses mouvements stéréotypés.

Le cas de cette malade nous fournit encore une indication intéressante au point de vue de la séméiologie. La variété particulière de sa stéréotypie faisait d'elle une « gémisseuse » ; or, en général, les gémisseurs, à quelque type clinique qu'ils appartiennent, sont des aliénés chroniques.

Le malade bien connu de Morel, considéré par lui comme un lypémaniaque, serait très vraisemblablement rangé aujourd'hui dans le cadre des déments paranoïdes ; sa stéréotypie particulière, qui paraît avoir duré quatre ans et persisté jusqu'à sa mort, était une réaction de défense pour résister à ses ennemis « et maintenir son allure ». « Il reste assis, dit Morel, la tête penchée sur la poitrine ; avec une de ses mains il tord sa blouse, son pied droit est tendu et de son talon il frappe le sol. Le mouvement de frapper est en harmonie

©BIUM

avec le rythme de ses mugissements. Il mugit en mangeant, il mugit avant de s'endormir et il ne s'interrompt que pour faire grincer ses dents de la façon la plus pénible (1). »

L'un de nous a eu l'occasion d'observer deux autres gémisseurs également chroniques.

Le premier, dont nous résumerons l'observation, déjà rapportée en partie dans le travail de M. Cahen (2), rentrait dans le groupe des psychoses d'involution.

C'était un homme de cinquante-six ans, qui depuis cinq ans déjà présentait des idées de persécution et d'empoisonnement, lorsqu'en 1898 il manifeste de plus des idées d'auto-accusation et de suicide. Il fut alors interné à Bicêtre, en novembre 1898. Peu à peu, son délire se rétrécit; il devient un gémisseur, et en 1901 il se présentait sous l'aspect suivant : lorsqu'il est au repos, on le trouve blotti dans un coin, assis sur sa chaise, le visage caché dans ses mains, semblant pleurnicher et contiuellement en train de gémir : « Mon Dieu que je suis malheureux! » Cette plainte revient uniforme, le jour comme la nuit, toujours émise dans les mêmes termes sur un ton et avec un rythme invariables. Lorsqu'il descend dans la cour de l'hospice, il s'arrête dans l'escalier, se met dans un coin et répète son antienne. — Arrivé dans la cour, il se sépare des autres malades. Jamais il n'a causé avec eux. Il va se placer devant la provision de charbon et là marche rythmiquement accompagnant chaque pas de sa plainte : Mon Dieu! ah! mon Dieu! Quand on l'interrogeait au commencement de 1900, on obtenait encore quelques mots d'explication se rapportant plus ou moins à son délire.

Un an plus tard, il ne répondait plus aux questions que par ses exclamations stéréotypées. Il ne s'occupait plus de rien; on était même obligé d'aller le chercher pour le faire manger.

Par la suite, le malade n'a fait que se caractériser de plus en plus comme un gémisseur. Il a passé les deux dernières années

(1) Morel. *Etudes cliniques*, t. I, p. 395.

(2) Cahen. Contribution à l'étude des stéréotypies (*Archives de Neurologie*, 1991, n° 72, p. 476).

de sa vie 1901-1902, dans une longue stéréotypie. A peine levé, il allait s'installer debout, face au mur, sous la cloche du réfectoire, toujours au même endroit, à peine vêtu, retenant son pantalon avec ses mains et là, tant que durait la journée, il restait immobile, ne cessant de pousser des gémissements inarticulés, tellement bruyants qu'on l'entendait dans toute la division. Il fallait venir le chercher pour les repas ; on l'emmenait toujours gémissant et, sitôt le repas fini, il revenait à sa place qu'il ne quittait jamais, été comme hiver, quelque temps qu'il fît. Jamais il ne prononçait une parole.

Le 2 mai 1902, il eut le matin, en se levant, un ictus avec chute à terre, perte de connaissance, émission d'urine et de matières fécales semi-liquides, confusion et amnésie consécutive, parésie transitoire du côté gauche.

Au bout de quelques jours, il peut se relever et reprend son attitude familière, sa place habituelle et ses gémissements.

Il meurt le 9 décembre 1902, à la suite d'un nouvel ictus avec hémiplégie droite et aphasie.

L'autre malade était un mélancolique anxieux avec ébauche de syndrome de Cotard :

Gr... (Joseph), quarante ans, entré à l'hospice de Bicêtre le 13 novembre 1901 sur le certificat suivant :

« Délire mélancolique avec hallucinations probables ; scrupules, idées de culpabilité ; craintes, frayeurs, insomnie. Signé : Magnan. »

A l'entrée, le malade est dans un état d'agitation anxieuse très prononcée : il ne peut rester en place, pousse de profonds soupirs, est tout tremblant : « Il a fait du mal à beaucoup de monde ; on doit venger ses victimes ; on fait les préparatifs pour le faire mourir et l'enterrer. Il ne comprend pas ce qu'il y a là-dedans : sûrement, c'est quelque chose de surnaturel qui veut que cela soit ainsi. »

Comme il est étranger, on ne peut avoir de renseignements que par lui-même. D'après ce qu'il raconte, le début de l'affection remonterait à cinq ou six mois. Il se serait manifesté par un état de fatigue générale, de perte des forces surtout dans les jambes, de battements de cœur, d'insomnie. Cette fatigue physique le força d'interrompre son travail. Il resta chez lui, se coucha et appela un médecin, qui lui ausculta le cœur, dit-il ;

©BIUM

ne pouvant se soigner chez lui, il entra à l'hôpital, où on le traita comme « neurasthénique ». Au bout de quelques semaines, il sortit de l'hôpital, un peu reposé, mais souffrant toujours de douleurs précordiales, de battements de cœur, de douleurs dans le ventre. De plus, il était devenu très triste, inquiet sans savoir le pourquoi de ses « tourmentations ».

Il partit alors dans son pays. Là ses « tourmentations » ne firent qu'augmenter. Il lui semblait que tout le monde le fuyait, le prenait en pitié, sans qu'on lui dît pourquoi.

Il revint alors à Paris et entra de nouveau à l'hôpital. Là, tout s'explique. Il se rappelle qu'il a eu autrefois une blennorragie. Voilà son crime : il est pourri, vérolé, il a contaminé tout le monde et il est condamné à mort.

L'état du malade se prolonge sans modification sensible, à travers des alternatives de dépression et d'anxiété, jusqu'au mois de mars 1902. A cette époque, on note l'apparition de nouvelles idées délirantes, ébauche d'un syndrome de Cotard : « On va le faire mourir; c'est pour ce soir la mort, l'enterrement. Il est condamné par tout le monde : on ne lui a pas signifié son arrêt, mais il le sait, c'est horrible, mais mérité; il n'a qu'à se résigner à son malheureux sort. Un monstre comme lui, qui a contaminé tant de personnes, doit être abattu comme un chien enragé. Autant cela que de s'en aller en pourriture, par morceaux. Ses organes sont déjà en décomposition, bientôt il n'en aura plus, il se vide tous les jours. Tout cela est surnaturel, il sent quelque chose en lui qui l'empêche (?). Il est sûrement possédé du diable, il est le démon : il veut voir un prêtre avant de mourir, pour l'exorciser; sans cela il serait damné. » Anxiété, soupirs, etc.

Cet état s'aggrave progressivement. En octobre, le malade ne manifeste plus aucune activité délirante; il ne répond plus aux questions, n'exprime spontanément aucune idée. Toute la journée, il va et vient dans la salle, comme une âme en peine, poussant de profonds soupirs en répétant à satiété sur un ton lamentable : « Ah ! mon Dieu, mon Dieu ! quelle horreur ! c'est épouvantable ! ah ! mon Dieu ! mon Dieu ! » les plaintes ne s'interrompent pas la nuit. Insomnie; alimentation difficile et irrégulière.

En décembre, il ne formule même plus ses plaintes. Il reste toute la journée, assis sur une chaise au pied de son lit, sans changer d'attitude, comme écroulé, ne cessant de pousser des cris monotones, des gémissements inarticulés : « hou ! hou ! »

En même temps, il balance latéralement la tête, dans une sorte de stéréotypie automatique, reproduisant la mimique du « non ».

Refus d'aliments nécessitant l'emploi de la sonde œsophagienne ; gâtisme, amaigrissement progressif.

Jusqu'au 29 mai 1903, date à laquelle il meurt de bronchopneumonie, le malade, tout en s'affaiblissant de plus en plus, est resté un simple gémisseur.

©BIUM

SINISTROSE ET PSYCHOSE
A FORME CONFUSIONNELLE

PAR LES DOCTEURS

A. RÉMOND (de Metz) et **SAUVAGE**

Professeur de la clinique des maladies mentales à la Faculté de Toulouse. — Chef de clinique

L'observation que nous publions ci-dessous a trait à un délire éclos sans autre cause apparente qu'un accident de chemin de fer, qui, au début, a semblé n'avoir eu aucune conséquence grave. Le malade qui en fait l'objet n'a pas été blessé au sens chirurgical du mot; il n'empêche qu'il a présenté une psychose de nature confusionnelle, dont l'éclosion progressive et l'évolution grave indiquent une perturbation profonde dans l'économie générale de son système nerveux. Il s'agit d'une *lésion interne*, pour employer un mot banal et sans signification précise, *sans lésion des téguments*, et nous tenons de suite à insister sur cette particularité ; l'un de nous ayant eu récemment l'occasion de lire l'avis d'un médecin de compagnie, relaté dans un rapport administratif de cette compagnie, avis nettement et formellement affirmatif de l'impossibilité de lésions fonctionnelles graves sans blessure apparente. On s'étonnera peut-être de l'importance que nous attachons à réfuter dès le début cette idée étrange; mais nous connaissons malheureusement trop l'esprit de dénégation sans franchise qui caractérise certaines de ces administrations, pour ne pas chercher à couper court à une doctrine éminem-

ment fâcheuse pour les intérêts des blessés et surtout des *employés blessés*. Voici les faits :

Le 5 mars 1912, entre à la clinique des maladies mentales un homme d'une trentaine d'années, B... Jean, chef de train, qui présente une logorrhée intense et l'allure d'un confus. L'état somatique est mauvais : teint terreux, sauf aux pommettes qui sont rouges ; sueur abondante perlant au front ; sécrétion lacrymale exagérée ; lèvres fuligineuses, langue très sale et tremblante, haleine forte, constipation. Foie et rate normaux à la percussion. Rien aux poumons. Rien au cœur qu'un peu d'hypertension et un léger degré de tachycardie. Urines normales.

Les pupilles réagissent à la lumière et à l'accommodation, le réflexe crémastérien est bien conservé, le patellaire exagéré à gauche ; le plantaire, absent à droite, s'opère en flexion du côté opposé.

Il n'y a pas de tremblement des mains, mais il existe un peu de tremblement des lèvres et l'articulation est défectueuse. Les mots d'épreuve sont mal prononcés.

Le malade présente une logorrhée presque continue. Pour obtenir une réponse, il faut le secouer vivement et répéter plusieurs fois la question. Son attention ne se fixe que très peu de temps. Tantôt la réponse qu'il donne paraît raisonnable, tantôt elle n'a aucun rapport avec la question posée. Quelquefois, elle se relie aux dernières phrases que le malade avait prononcées. Celles-ci, d'ailleurs, n'ont aucune suite. Elles se succèdent sans ordre logique tout comme chez les maniaques, la variété des perceptions actuelles conditionnant dans une large mesure les sautes de l'idéation, ainsi qu'il est facile de s'en rendre compte expérimentalement. Par exemple : ayant fait scintiller une bague au-dessus de sa tête dans un rayon de soleil, nous ne tardons pas à saisir au milieu de sa conversation les mots de « Christ en or ». L'observation seule le démontre encore : à un moment, il se frappe le ventre des deux mains et l'on entend se succéder les lambeaux de phrases suivantes : « ... Pujol ... oui ... il mettra les petits ici ... (il frappe encore des deux mains sur son ventre)... et je le soignerai ... la boîte sera autour.... on mettra la semence... et alors les chèvres... » A ce moment il passe une main sur sa tête, tire ses cheveux, et au milieu de son monologue se placent ces

©BIUM

mots : « ... Le coiffeur ; vous savez... Je vais aller le voir... »

Tout en parlant, le malade gesticule, tant de la tête que des bras ; ces gestes variés au premier abord ont en réalité une tendance à se répéter. La main gauche demeurant immobile sur le ventre ou sur la tête, la main droite dessine dans l'air des gestes cabalistiques, l'index levé, signes de croix ou mouvements paraboliques.

La tonalité de l'humeur n'est ni particulièrement gaie, ni habituellement triste ! Une fois seulement où, pour tâcher d'attirer son attention et d'obtenir quelques réponses, on parle au malade de ses parents, il verse quelques larmes en prononçant le nom de sa mère ; mais c'est un nuage vite évanoui.

Une étude plus complète de l'état physique du sujet est impossible, sa logorrhée intarissable y est un obstacle. Durant quinze jours, l'état du malade demeure identique.

C'est à ce moment que nous apprenons de son passé ce qui suit :

Antécédents héréditaires. — Mère morte en le mettant au monde. Se portait bien habituellement.

Père vivant et bien portant.

Antécédents consanguins. — Un demi-frère bien portant (plus jeune), deux enfants bien portants.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade. A fait son service militaire. Pas buveur. Fume très peu. Se maria à trente ans. Il en a trente-cinq actuellement.

Le 22 septembre dernier, il fut victime d'un tamponnement. On ne sait s'il reçut un choc sérieux : il ne portait pas de blessure. Le lendemain, il commença à se plaindre de la tête. Il parut s'inquiéter de son mal beaucoup plus que de coutume et, contrairement à son habitude, avertit ses parents qu'il était souffrant. Il se purgea, et se reposa dix-sept jours. Durant cette période, il se plaignit de céphalée ; néanmoins, il reprit le travail son congé expiré.

C'est à ce moment que l'on s'aperçut qu'il s'était opéré en lui un changement notable. Lui qui était habituellement doux et conciliant cherchait à tout propos chicane à l'un de ses subordonnés, il était devenu coléreux, s'emportait pour des vétilles. Il paraissait aussi très émotif, apeuré parfois ; il prenait à certains moments, quand quelqu'un surgissait près de lui, des attitudes indiciblement effrayées. On le vit, certains jours, courir sans but le long de la voie, monter aux vigies, tantôt riant, tantôt pleurant.

Chez lui, d'ailleurs, il pleurait souvent et ne savait dire pourquoi. D'autres fois, il entrait dans de violentes colères et bousculait les siens, lui qui avait été, au dire de sa femme, un père et un mari parfait. La crise passée, il se rendait compte qu'il avait eu tort, disait que c'était « plus fort que lui », et racontait la chose à ses camarades d'un air navré.

Le 12 février, étant de repos, il avait, le matin, coupé du bois pour le ménage. Son travail achevé, il déclara à une voisine qui passait, que c'était bien la dernière fois qu'il se livrait à ce travail, que sa femme pourrait en acheter si elle en voulait. A midi, taciturne, il mangea gloutonnement une très petite quantité de nourriture, but beaucoup (pas de vin pur). Il se mit tout à coup à gronder très fort un de ses enfants qui pleurait, puis la maman qui le corrigeait.

Le calme rétabli, sa femme proposa d'aller choisir dans un magasin de la ville la prime à laquelle un bon lui donnait droit. Il lui conseilla d'abord de jeter le bon. Puis, ayant cédé, et mis en demeure de choisir un objet, il eut toutes les peines du monde à fixer son choix.

A partir de ce jour, sa femme remarqua que les repas étaient fréquemment suivis de crises de colères. Sitôt après avoir mangé, il paraissait congestionné et il était rare qu'il ne s'emportât pas à ce moment pour un motif futile.

D'autre part, il manifestait à certains moments le dégoût de son métier, avouait *qu'il avait peur du train*. La nuit, il lui arrivait de ne pouvoir s'endormir que si sa femme était près de lui. Au matin, en s'éveillant, il voyait « des ombres » et entendait *un bruit tout pareil à celui du jour de l'accident. Il voyait de la fumée.* En général, ses nuits étaient mauvaises, coupées de réveils fréquents.

Comme son état moral, son état physique avait changé. Jamais il ne rentrait du travail sans être en transpiration. Il avait peu maigri, mais on le voyait généralement pâle, il se sentait las, était sujet à des alternatives de constipation et de diarrhée.

Une quinzaine de jours avant son entrée, se place un incident qui donna des inquiétudes très vives à son entourage. Tous les soirs, rentrant chez lui, il avait coutume d'enlever sa veste. Or, ce soir-là, il ne se contenta pas de ce déshabillage succinct ; il se dévêtit, raconte sa femme, « comme s'il voulait se coucher ». Quand elle jugea l'erreur suffisante, sa femme l'arrêta. Le lendemain, même scène ; après s'être dévêtu, il se

©BIUM

mit à chercher dans les coins, et quand on lui demanda ce qu'il voulait, il hésita un instant, puis répondit qu'il n'en savait rien.

Il se rendait fort bien compte qu'il n'était plus normal : cela l'attristait et il cherchait à le cacher : « Surtout, disait-il à sa femme, ne dis pas que je suis malade. »

Une nuit vers la même époque, il fut très agité ; il se leva, il se recoucha plusieurs fois de suite. Au matin, néanmoins, il reprit son travail, mais à Narbonne on s'aperçoit qu'il n'est plus à même de tenir au courant sa feuille de marche. On lui donne un aide pour terminer le parcours, et de Cette, où il est reconnu malade, on le fait reconduire chez lui. Près d'arriver, il se mit en colère contre le camarade qui l'accompagnait, et c'est à partir de ce moment qu'il commença à parler sans discontinuité, prononçant des paroles sans suite. « Il sautait de Pierre à Paul, raconte sa femme, de député à photographe, enfin il ne savait plus ce qu'il disait ».

Dès qu'il fut couché, il commença à transpirer; il n'a pas cessé depuis. L'appétit était conservé, mais sitôt après avoir mangé, le malade était plus excité. Un jour où il réclama du lait pour toute nourriture, on reconnut qu'il était plus calme.

Son excitation, les premiers jours, le laissait relativement très lucide; il signa une feuille de service deux ou trois jours après son alitement. Il reconnaissait fort bien les personnes de son entourage.

Après quinze jours passés à la clinique, il est encore ainsi. Sa femme et une voisine étant venues le voir, il prononce au milieu de phrases incohérentes le nom de sa femme, celui de la voisine, embrasse sa femme qui s'approche, et ses yeux se mouillent de larmes. Mais il est impossible d'obtenir de lui une réponse à la question la plus banale.

A ce moment, comme l'état général était mauvais et que la clinique de la Faculté de médecine de Toulouse est installée dans des conditions qui rendent impossible tout traitement sérieux d'une psychose grave, nous avons pensé qu'il valait mieux évacuer notre sujet sur l'asile de Braqueville et nous l'avons perdu de vue.

Cette observation, que nous avons dû laisser incomplète quant à l'évolution du syndrome, nous a paru cependant intéressante à publier parce que la psychose

à forme confusionnelle a été la conséquence d'un accident de chemin de fer qui, au premier abord, semblait insignifiant. Il est cependant certain que des chocs même légers peuvent déterminer des modifications profondes et même la destruction des cellules grises. L'un de nous a eu l'occasion d'observer et de suivre une malade, *d'une santé antérieure parfaite*, qui, allant en chemin de fer, reçut, au moment d'un déraillement, alors qu'elle était couchée sur la banquette d'un compartiment de première, sa propre valise sur la région lombaire? Il n'y eut pas ou presque pas d'ecchymoses, pas de douleurs; mais à partir de ce moment commencèrent une série d'accidents qui se caractérisèrent par une atrophie progressive ascendante des cellules des cornes antérieures de la moelle, et quatre ou cinq ans après, la malade après avoir perdu l'usage complet de tous ses muscles, atrophiés avec D. R., succomba aux progrès d'un syndrome labio-glosso-pharyngé.

La lésion cellulaire nerveuse avait donc été d'une gravité extrême avec un traumatisme insignifiant.

Il ne s'agit pas chez notre homme de ce déséquilibre particulier que l'on nomme couramment sinistrose, en cachant ainsi sous l'élégance banale du terme l'insuffisance des précisions du diagnostic. La lésion nerveuse s'est localisée sur les zones psychiques les plus élevées et on ne peut mettre en doute la coexistence, avec les phénomènes que nous avons signalés, de lésions cellulaires importantes. Si on rapproche l'histoire de notre malade à lésions spinales ascendantes de ce fait de confusion mentale progressive, il semble que l'on puisse peut-être mieux concevoir la nature et la gravité de ces déséquilibres qui constituent si souvent pour les experts des problèmes dont la solution semble d'une difficulté presque insoluble. Le même processus se localisant sur les systèmes d'association, donnera clinique-

©BIUM

ment le tableau d'une neurasthénie qui semblera hors de proportion avec l'importance de l'accident. Sans parler de l'attitude des compagnies qui n'hésitent jamais à parler de simulations et de complaisances, les experts les plus avisés sont toujours disposés à se demander s'ils ne sont pas les victimes d'une exagération involontaire de leur sujet. Très nettement dans les deux cas précédents, nous avons pu noter la disproportion apparente de la cause et de ses effets, et nous ne saurions trop insister pour que cette disproportion ne soit que sous toutes réserves prise en considération dans les accidents de ce genre.

©BIUM

Médecine légale

LE CRIME DE ROUSSILLON

ET L'ÉTAT MENTAL DE SES TROIS AUTEURS

Par le Dr S. GARNIER (de Dijon).

Suite (1).

Outre qu'elle n'avait pas démenti ce qu'on savait d'avance au point de vue de l'intégrité de leurs facultés de raisonnement, l'observation des trois inculpés, à l'asile, dans les conditions notées plus haut, mit en pleine lumière l'absence certaine chez eux de tout trouble sensoriel, de tout vice de raisonnement. Bien que n'ayant pu se trouver en contact individuel que pendant deux heures de la journée avec les aliénés du quartier où ils avaient été placés, Ven..., Rou... et Cor... n'en avaient pas moins conversé tour à tour avec certains d'entre eux des plus lucides, fournissant, aussi bien par leurs actes que par leurs propos, la preuve qu'ils étaient, l'un comme l'autre, *compos mentis*. D'ailleurs, isolés dans leurs cellules, ils avaient encore pu causer entre eux, échangeant leurs impressions, et avaient même poussé l'ingéniosité jusqu'à faire, avec des jeux de leur fabrication, d'interminables parties de dames, de sorte qu'en réalité leur isolement avait été plus apparent que réel et qu'ils avaient pu s'entendre facilement sur leurs moyens de défense. Tous trois passèrent leur temps dans un désœuvrement absolu, dont la lecture des

(1) Voir les *Annales* de juillet et d'août-septembre 1912.

©BIUM

livres fournis, sur leur demande, surtout à Ven... et à Cor..., et la fabrication, par Rou..., de chaînes de montre en crin, troublèrent à peine la monotonie. Seuls dans le pavillon cellulaire contigu au quartier des femmes, dont plusieurs pouvaient les entendre de leur jardin, nos trois inculpés s'étaient mis, de façon à être entendus d'elles, à chanter en chœur des chansons pornographiques, ce qui prouve tout au moins leur tranquillité certaine d'esprit; mais, dès que j'en fus avisé, ils avaient, sur mes injonctions, cessé ces chants plus qu'inconvenants.

Pendant toute la durée de leur observation, qui avait été, somme toute, négative de tout symptôme de folie, les fonctions physiologiques de nos trois criminels, je puis déjà leur donner ce nom, s'étaient régulièrement accomplies et leur santé générale avait été satisfaisante. A peine Rou... s'était-il plaint une fois d'une névralgie faciale qui n'avait exigé aucune médication, et si Cor... avait été, dans le courant de juin, atteint d'une diarrhée qui avait cédé au bout de quelques jours d'une médication appropriée, Ven... n'avait jamais eu besoin d'intervention médicale.

J'ai dit plus haut que les trois inculpés étaient plus ou moins menteurs ; c'est pour ce motif que j'avais jugé inutile de revenir, dans mes conversations avec eux, sur le crime qui leur était commun et que l'instruction avait lumineusement éclairé. Je dois noter cependant, en ce qui concerne Ven..., que, n'ayant pu nier que son objectif criminel avait été de se procurer de l'argent pour aller, avait-il dit, en Tripolitaine, il m'avait déclaré qu'il avait, de préférence, choisi son oncle comme victime à dévaliser, pour ce motif seul qu'il connaissait mieux la maison où il se proposait d'opérer, et non parce qu'il lui avait gardé rancune d'avoir, à son détriment, constamment favorisé son frère Emile en lui fournissant à discrétion de l'argent. Je ne saurais me porter garant que Ven... s'était bien déterminé pour le motif qu'il m'avait indiqué, étant donné, d'un côté, qu'il avait fait part à Cor..., qui me l'avait répété, du ressentiment qu'il nourrissait en réalité contre M. Mor..., et, de l'autre, que cet homme travestissait toujours la vérité quand c'était son intérêt. Et, en effet, n'avait-il

pas prétendu avoir, lorsqu'il s'était présenté pour contracter un engagement au bureau de recrutement d'Autun, été refusé à cause de sa malformation thoracique, alors que nous savions le contraire, de sorte qu'accepter pour vraies ses déclarations sans contrôle eût été un leurre ?

Mais ce qui acheva de donner à nos trois inculpés leur physionomie exacte, ce fut leur état d'âme, révélé par les conversations qu'ils avaient, dont voici les échantillons bien significatifs, avec les dates où ils furent recueillis.

LE 13 MAI, A ONZE HEURES DU MATIN, *pendant les préparatifs du repas, Cor... avait interpellé ainsi Ven...* :

COR... — Hé ! l'quatre ! Dis donc, tu dors ? (*Le 4 était le numéro de cellule*).

Pas de réponse.

COR... — M.... !

(*Après que nos trois inculpés avaient mangé, ils restaient seuls pendant que les malades et les gardiens déjeunaient au réfectoire.*) *Aussitôt* :

COR... — Dis donc, Ven..., est-ce que t'as fini ton livre ?

VEN... — Oui.

COR... — C'est emm... ! Ils sont passés, j'peux plus l'avoir. Tu me le donneras ce soir ? Hein ! Tu comprends ?

VEN... — Oui.

COR... — Dis donc, ça la f... mal ! Est-ce que... M... ! Ces sacrées gonzesses qui m'empêchent de parler ! (*Allusion aux malades femmes criant dans le jardin voisin.*)

COR... — Est-ce que tu te prépares pour le grand voyage ?

VEN... — J'suis tout préparé.

COR... — On va grimper au ciel !

VEN... — Ça doit être réjouissant quand les boyaux vous sortent du corps !

COR... — M... ! Ça la f... mal ! Ça la f... mal !

VEN... — En tout cas, dans l'autre monde, on ne sera pas plus mal qu'ici.

COR... — J'te crois ! Des fayots trois jours de suite ! M... !

©BIUM

J'en ai la colique. Est-ce toi qui a dessiné les astres, avec la sphère, sur le bouquin de Cl...? (*Malade avec lequel ils conversaient habituellement à tour de rôle.*)

VEN... — Oui, c'est moi.

COR... — Il me disait que c'était lui. Penses-tu! Alors, mercredi, à 4 heures du matin, on fait le grand voyage?

VEN... — Oui. Est-ce que tu as lu la fin du monde, dans Camille Flammarion?

COR... — Non.

VEN... — Ben, mon vieux, c'est absolument ce qui va arriver. Il parle de la comète de Halley.

COR... — C'est curieux comme les journaux s'en préoccupent peu. Après tout, ça vaut peut-être mieux. Dis donc! Tu crois à l'immortalité de l'âme?

VEN... — Oui.

COR... — Moi aussi.

VEN... — Il serait possible de s'échapper dans un sous-marin, avec une provision suffisante d'oxygène pour attendre que le cyanogène ait disparu de l'atmosphère.

COR... — Oui, mais ce n'est pas pour nous. Surtout, n'oublie pas le bouquin cet après-midi. Dis donc! Mercredi, à 4 heures du matin, on pourra chanter : « Mourir pour la Patrie, c'est le sort le plus beau! »

(*La conversation avait continué sur la comète jusqu'au retour des malades et des gardiens, à* 11 *h.* 45, *dans la cour que bordent les cellules.*)

LE 14 MAI, SOIR. (*Nouvelle conversation, cette fois entre les trois inculpés.*)

COR... — Dis donc! J'm'embête rudement. Si seulement j'avais un bouquin! Y a pas, faudra qu'on en demande. Il paraît qu'on vend de la bière. Seulement, c'est pas la peine que je demande à Gar... ; il va m'envoyer un surveillant qui me fera encore poireauter. J'voudrais bien pourtant bouffer mes cent sous (*Argent reçu de sa famille*).

VEN... — Moi, j'ai encore 6 francs.

COR... — Ben, faudrait s'f... une cuite avant d'aller dans l'autre monde. Pourtant, Cl... (*le malade déjà cité*) m'a dit qu'il a fait des calculs et que la comète ne pouvait pas nous tuer. L'pauv' garçon! Il a du génie, c'est pour ça qu'il est dans une maison de fous.

Hé! Rou...! On ne l'entend plus depuis quelque temps. Il doit s'en f...! Si seulement on nous f... une jolie femme avant de mourir! J'la prendrais dans mes bras, sur mon pieu, et allez donc! Au moins, ce serait mourir d'une façon agréable.

ROU... — Dis donc! Avant de voir la queue de la comète, si tu veux voir la mienne, de q...?

COR... — Cochon! Dis donc! si tu arrives avant moi là-bas, tu me retiendras une chambre d'hôtel, avec une petite femme dedans?

ROU... — Dis donc! Je fais du gaz.

COR... — Ce sont les fayots de midi.

VEN... — Enfin, dans trois jours, toutes les questions sociales seront résolues. On ira faire là-haut des courses d'aéroplanes. Je voudrais tout de même bien savoir si on y est bien ou mal, parce que, si on y est mal, je donnerais ma démission et je resterais ici.

COR... — Crois-tu qu'on a une agonie?

VEN... — Mais non; quand tu te réveilleras, tu seras mort.

COR... — La sale blague!

VEN... — Dis donc! On va retrouver mon oncle là-bas (*leur victime*).

COR... — On lui dira qu'on lui a rendu service en l'empêchant de mourir par le cyanogène de la comète.

VEN... — Qu'est-ce que t'a dit le docteur, ce matin?

COR... — Il m'a donné une lettre, m'a demandé ce que faisait mon père et m'a dit que je n'avais pas suivi les principes d'honnêteté de mes parents.

VEN... — Il s'est payé ta tête?

ROU... — L'autre jour, je l'ai vue.....

COR... — Quoi? La comète?

ROU... — La queue.

COR... — La queue de la comète?

ROU... — Non, ma q... à moi.

(*Rires unanimes.*)

VEN... — On n'entend pas bien parler Rou..., à cause des volets (*volets mobiles de leurs cellules, qui étaient clos*).

COR... — Des volets! Moi, je n'en ai pas de volets.

VEN... — Alors, tu peux voir s'il y a quelqu'un dans le corridor?

ROU... — Dis donc! Le veilleur commence à me faire ch....

COR... — Qu'est-ce que tu fais, dans ta cellule?

©BIUM

ROU... — Je suis en train de faire une chaîne pour un suspensoir.

COR... — Ah! mince! Il est rigolo avec son suspensoir, un suspensoir de montre! Fait avec des perles! Ah! zut.

ROU... — J'ai déjà fait un sautoir en huit jours.

COR... — Et combien qu'il te paie?

ROU... — Il ne m'a encore rien donné.

COR... — Est-ce que c'est pour lui?

ROU... — Bien sûr.

COR... — Allons! bonsoir, les vieux!

ROU... — ...soir!

LE 15 MAI, *la conversation continua de cette façon* :

ROU... — Dis donc, Cor...! Combien vendent-ils la bière?

COR... — Cinq sous.

ROU... — On vend aussi du vin?

COR... — Non.

ROU... — Je suis en train d'm'envoyer du hachis.

COR... — Moi, j'ai f... la moitié de mes fayots dans les ch... M...! Ce qu'on en bouffe, ici! Ça va être pire qu'à la prison!

ROU... — Faut dire aussi que p't'être on est devenu plus difficile.

VEN... — T'as pas vu, dans l'*Magasin Pittoresque*, la statistique du crime? Paraît qu'on vole pour 2 ou 3 francs, en moyenne.

ROU... — Est-ce qu'on nous compte dans la statistique?

VEN... — Mais non, on n'a pas eu le temps. Nous, ça nous aurait rapporté 120 francs à chacun, à peu près, sans compter les bijoux.

(*Explosion d'hilarité chez les deux autres détenus.*)

VEN... — J'avais envie de faire une plainte pour abus de confiance!

COR... — Ils valaient pas besef.

VEN... — Si. Les boucles d'oreilles avec les diamants, on aurait pu les cacher.

COR... — Ben oui, mais c'qu'on a eu!...

VEN... — Oh! La montre en or, la bague en or et mon épingle de cravate, ça valait bien 2 à 300 francs.

COR... — Même pas.

ROU... — Ça y est? On lui écrit une lettre, on l'eng...?

VEN... — Oui, mais pas d'épate; sans ça, mince de cadenas de sûreté!

COR... — Cl... m'a dit qu'il voulait se barrer dans quinze jours. Il a réussi deux fois.

VEN... — Oui, mais s'il était ici, ça ne lui serait pas facile.

ROU... — Il me faisait rigoler l'autre jour. Il nous traitait de « vulgaires apprentis ». Il disait que, s'il avait été avec nous, il nous aurait appris à travailler!

VEN... — Il t'a raconté le duel au pistolet?

COR... — Pistolet de chocolat?

VEN... — Non; au revolver, quoi! C'était à Paris, le lendemain du 14 Juillet. Il jouait aux cartes avec un copain, dans un café. V'là un type qui lui f... un coup de poing sur sa cloche. Il se lève et lui en f... un.

COR... — Puis, il sort sa carte.

VEN... (*en riant*). — Non, ils s'entendent. Cl..., étant l'offensé, choisit le revolver et ils vont se battre sur le Champ-de-Mars. Tu parles! Cl... dit que, le lendemain du 14 Juillet, y avait personne! Tu parles si j'me mârais!!... Enfin, ils devaient échanger quatre balles. Celles de son adversaire passent au-dessus, sauf la dernière, qui le touche au pied. Lui, il tire les deux premières en l'air, puis, se sentant touché, il tire dessus et il le blesse d'abord à une jambe, puis au côté....

COR... — M...! Le lendemain, quand il se réveilla, il était mort.

ROU... — Tu parles! il vaut l'jus, c'type-là!

VEN... — Il m'a dit qu'en arrivant ici il avait un « borving » (tu parles! il pouvait pas seulement dire un « browning ») à répétition qui tirait 48 coups. Il disait qu'à 50 mètres il met 6 balles dans un rond, du diamètre d'une pièce de dix sous, tracé sur le mur.

COR... — Mieux qu'la mitrailleuse de Deschamps, alors!

LE 15 MAI, *la conversation reprit dans le même ordre d'idées.*

COR... — Cl... m'a raconté que le médecin lui a dit qu'il f... le camp à *Biribi*.

ROU... — A moi aussi.

VEN... — Il m'a dit qu'il connaissait le bagne, qu'il avait

©BIUM

été dans toutes les prisons, même en centrale. Il me disait qu'il avait de la lumière en prison. Mince !

ROU... — Oh ! il n'est pas seulement assez malin pour faire une veilleuse avec un peu de graisse et un bout de coton !

VEN... — Ça doit être un type qui a lu *Arsène Lupin* et qui se met dans la peau du personnage.

ROU... — Y a des fois où on aurait envie de lui f... un marron sur la tronche.

COR... — S'il s'est barré, c'est qu'il avait plus de liberté que maintenant.

ROU... — Oui, et la dernière fois, c'était avec un plus malin que lui qui l'a posé là. Il s'est dit : « Qu'est-ce que je ferais d'un c... comme ça? » Il n'est pas encore repris.

COR... — L'autre jour, il me disait qu'à notre place, il se serait barré depuis longtemps.

VEN... — Ça lui serait plus facile qu'à nous.

COR... — Heureux les simples d'esprit !

(*Rou... raconta ensuite la dernière évasion de Cl... avec un autre malade qu'il appelait Bour...*)

COR... — Cl... m'a raconté que son père était général.

VEN... — A moi, colonel.

ROU... — Il m'a dit commandant.

COR... — Ben sûr, avec l'ancienneté on monte en grade.

ROU... — Il m'a dit qu'il a fait son service dans les spahis. — Ah ! on va se mettre au plumard.

COR... — Et la comète ?

VEN... — J'ai lu sur le journal qu'on l'a observée hier, très visiblement, à 3 heures du matin.

ROU... — Si ça pouvait nous servir !

VEN... — Ou un bon tremblement de terre et quelques gnons sur le blair des gardiens, et on se barre.

ROU... — T'as vu, au Venezuela? Les prisonniers se sont barrés.

VEN... — Oui, mais les soldats vous tirent dessus.

ROU... — On en a l'habitude. Faudrait ficeler les gardiens. On dirait : « Tiens ! En voilà qui ont l'habitude de ficeler les andouilles ! »

VEN... — Bonsoir.

COR... — Ah ! dites donc ! Vous avez fini les bouquins? Alors, on va les rendre demain matin et on en demandera trois autres. — Entendu? Bonsoir.

LE 16 MAI, *les trois inculpés s'entretinrent de divers sujets et rappelèrent notamment plusieurs épisodes de leur existence à Paris.*

COR... — Eh bien, les enfants!

VEN... — Quoi de neuf?

COR... — Cl... m'a dit qu'il a été en Angleterre.

VEN... — Ce matin, il m'a dit qu'il allait « se casser ».

ROU... — Et les aréoplanes (*sic*), qu'est-ce qu'ils ont fait à Lyon?

VEN... — Pas grand'chose. Ils ont tout de même volé.

COR... — Cl... m'a dit qu'il connaissait « Aux Caves Modernes », et il ne sait pas où est « A l'Ami Paul » qui est à côté, dans la même rue.

ROU... — Je voudrais bien savoir ce que Fran... fait maintenant. (*Ce Fran... était un de leurs collègues de figuration au théâtre de la Gaîté.*) Avec son pépin pour sa patronne, il me faisait rire.

COR... — J'en suis parti avec la conscience nette, sauf le dernier soir, où je me suis barré sans payer le litre.

VEN... — Et le...? Il m'em..., ce type-là?

COR... — Tu te rappelles le soir où il m'a emmené? Il voulait... J'm'en f...! J'y ai toujours gagné un bon dîner.

ROU... — Ça ne fait rien, il fait bon aujourd'hui.

COR... — J'ai demandé à Gar..., pour la bière. Il m'a envoyé p...

ROU... — On a bien bouffé, hein?

COR... — Oui, on va devenir difficile, on est trop bien soigné. Tu te rappelles la soupe de l'Hôtel-Dieu?

ROU... — J'te crois! Moi, j'ai fait tous les hôpitaux. J'allais y faire des études de mœurs.

VEN... — La soupe de l'Hôtel-Dieu sentait la pharmacie.

COR... — Tu te rappelles la nuit de cloche avec Pié..., Fanfan et l'Arti (*autres mauvais drôles, leurs compagnons de figuration*).

VEN... — Oui, alors! Et cette nuit où on a fait la moitié de Paris avec Totoche?

ROU... — Tu es venu aussi chez nous.

VEN... — Oui; le premier soir où j'ai couché avec une femme à Paris, c'était chez vous. Tu parles! Aller coucher chez Emile, avec 80 francs dans sa poche! Je ne me faisais pas de bile.

©BIUM

COR... — Moi non plus. Enfin, on a passé de bonnes journées ensemble.

VEN... — Le plus sale moment, ça été, la veille, d'arriver dans le bois de... (?) J'avais les pieds nickelés!

ROU... — Si c'était à recommencer, on ne le ferait peut-être plus. On n'aurait pas la force.

COR... — Si je revoyais Pié..., je lui f... mon poing sur la figure.

VEN... — Depuis le coup qu'on a essayé rue Gambetta, j'ai bien vu qu'il avait « la trouille ».

COR... — J'avais le trac parce que Fran... me racontait que Pié... était de la police. Il nous disait bien qu'il y aurait 5 à 6.000 francs à prendre, mais c'était pas sûr.

VEN... — Au moment de marcher, il avait le trac.

COR... — Ils ne doivent pas b... depuis qu'ils ont vu qu'on a été arrêtés. Ils doivent avoir peur qu'on raconte les coups.

LE 16 MAI, *ils conversent sur les circonstances de leur arrestation à la gare d'Autun.*

COR... — Avez-vous eu « les foies »?

VEN... — Non, jamais.

COR... — Moi pas. Quand on a été arrêtés, je me suis dit : « Ma foi, tant pis! Ça n'a pas réussi, faut être philosophe! »

VEN... — Tu te souviens du gendarme? J'étais tellement abruti que j'ai dit que, pour le voyage, j'avais 3.400 francs, et, un moment après, je lui ai dit qu'on couchait dans les meules de paille.

COR... — Qu'est-ce qu'on t'a demandé, au petit Parquet?

VEN... — Pas grand'chose. Il m'a demandé si j'avouais. Je dis : « Ma foi! j'avoue... j'avoue... ça dépend... »

COR... — Je leur ai dit que j'étais représentant de commerce...

VEN... — T'aurais pu dire courtier en bijoux!

COR... — ... et que j'étais venu à Autun pour affaires commerciales!

ROU... — Moi, j'ai dit que j'avais couché au b..., à Sens, et que je m'étais perdu dans la campagne en sortant. Tu parles si je me suis f... de leur g...!

VEN... — Le gendarme qui nous a arrêtés a dû toucher une bonne prime.

©BIUM

ROU... — Un moment, si j'avais pas eu mal aux pieds, je me serais « dossé ».

VEN... — C'est à la gare que tu aurais dû te barrer.

ROU... — Oui, mais il y avait des ouvriers sur la voie, de l'autre côté.

COR... — Si Ven... ne s'était pas montré, on était sauvés tous les deux.

VEN... — Penses-tu ! Si j'avais pas été abruti, je me serais tiré des pieds, j'aurais marché, marché, j'aurais encore ajouté quelques kilomètres aux 350.

COR... — Ce qu'il aurait fallu qu'on fasse, c'est, si Rou... n'avait pas eu mal aux pieds, de faire le coup le soir même.

ROU... — Enfin, quoi, c'est fait !

COR... — Chut ! Chut !

LE 17 MAI, *ils s'entretinrent de leur vie à Paris et firent des projets.*

COR... — Eh bien ! Ça va, les gars ?

VEN... — Qui est sorti le premier ?

COR... — C'est moi.

VEN... — T'as pas lu l'*Humanité* ? Il dit que c'est un sale truc, avec la comète ; 95 chances pour 100 de claquer ! Tu parles ?

COR... — Moi, je m'en f... ! Je me contente de digérer.

ROU... — Qu'est-ce que l'interne te disait, dans la cour ?

COR... — Il m'a dit qu'on est en train de chercher, à Paris, si on n'a pas fait par là quelque « coup du Père François ».

ROU... — M... ! Moi, j'en ai fait un, avec Fran... et Bar...

COR... — En tout cas, t'as qu'à nier.

ROU... — Ça les épate ; ils se disent que c'est sans doute pas notre premier coup. Ils ne se doutent pas que c'est un coup d'énergie, un coup de tête.

VEN... — Tu parles des types de la Gaîté ! Ils ont dû être stupéfaits quand ils ont su le coup.

COR... — On me connaissait seulement sous le nom de Del...

VEN... — Moi, sous le nom de Dal...

COR... — On aurait dû emmener Fr..., pour voir maintenant la g... qu'il ferait en prison.

VEN... — De quel patelin qu'il était au juste ? Il disait qu'il était du Midi et il a un nom Corse.

COR... — J'en sais rien. Pié..., lui, est bien un Corse.

©BIUM

D'abord, il s'appelle Napoléon. Il avait le chic quand il se prétendait de la famille de Murat et quand il disait qu'il avait une 80 HP.

VEN... — Il aurait fallu choper une auto et venir en auto faire le coup. Seulement, nous n'étions pas assez bien nippés. On fait selon ses moyens.

COR... — Pour début, notre coup d'audace n'a pas été un coup de maître.

ROU... — Ça m'embêterait qu'ils cherchent d'où vient la bécane. C'est moi qui l'ai « faite » avec Louis.

VEN... — Dites donc! Ce que vous en avez « fait » des fromages et des pots de confitures aux étalages. Moi, je vous ai dit pourquoi je ne me lançais pas là-dedans. Mais j'avais pris l'habitude de « faire », le matin, un petit pain et une bouteille de lait pour me soutenir. Si j'avais voulu em... Pié..., j'avais qu'à raconter le coup qu'il m'a proposé chez mon patron.

COR... — Ou qu'à dire qu'il était complice de celui qui a été arrêté pour les voitures.

VEN... — Si mon patron n'avait pas eu si confiance en moi, je l'aurais volé. Je n'ai pas voulu le faire parce qu'il était trop confiant, trop bon type.

COR... — Il pourra peut-être nous aider à nous tirer de là. Un coup qui était à faire, c'est celui de la rue Bleue.

VEN... — C'était trop dur pour commencer, nous n'étions pas outillés.

COR... — Quand on sera libre, un coup à faire, ce sera celui du tombeau de la princesse, à... (*Auteuil ou Neuilly?*)

ROU... — Oui, un chic coup à faire en plein jour.

COR... — Quand on se barrera, le plus simple sera de gagner la Suisse et, de là, l'Alsace-Lorraine, puis la Belgique, et d'aller nous embarquer à Anvers.

ROU... — Ou à Amsterdam. Je crois que la Hollande est un pays neutre complètement. Même en Allemagne, quand on a de la galette, on ne peut pas vous extrader. Exemple, le complice de Gallay.

COR... — Si tu sors tout à l'heure, tu n'as qu'à regarder la géographie de Cl... pour voir la ligne de paquebots.

VEN... — Tu te souviens, l'histoire des pieds de cochon rôtis? On aurait dû poser les pieds de ma tante (*Il est question de M^me^ Mor...-Raq...*) sur le feu, pour l'empêcher de s'enrhumer!

ROU... — Ça lui aurait fait prendre patience.

CBIUM

LE 18 MAI, *leur conversation roula sur l'expertise dont ils étaient l'objet.*

ROU... — Et le bouquin?

COR... — J'ai dit au gardien. Il m'a dit que tu n'avais pas le temps de le lire ce soir et qu'on te le donnerait demain. Bon Dieu de bon Dieu! Je viens de causer avec l'interne dans la cour, ça m'a f... le cafard. On n'a pas de veine!

VEN... — C'est qu'on a fait le coup un 13. Ça nous a porté la déveine.

COR... — Dis donc, Rou...! Si le Directeur t'interroge, est-ce que tu vas lui répondre? Moi, d'abord, je suis bien résolu à lui dire que je ne consentirai à lui répondre qu'en présence de mon défenseur. Il serait capable de nous entortiller avec ses questions et de mettre ça dans notre dossier, contre nous. C'est que, vous savez, le meurtre volontaire, c'est jusqu'aux travaux forcés à perpétuité.

VEN... — Oh! il est probable qu'il ne nous veut pas de mal. Il doit s'en f..., au fond.

COR... — En tout cas, je ne réponds qu'en présence de mon avocat. D'ailleurs, ça nous fera rester plus longtemps ici. C'est comme l'interne, la première fois qu'il m'interroge, je lui demande s'il est juge d'instruction.

VEN... — Mince de juge! Au fond, il n'a pas l'air bien méchant.

COR... — Non; il ne ressemble pas à l'autre qui ne pouvait pas arriver à dire la couleur de la chaussette sale : gris noir, gris foncé, gris bleu; enfin, il n'avait qu'à mettre : gris jus de pied!

VEN... — Je me demande ce qu'ils vont faire du contenu du sac; ils vont porter ça à un revendeur de la rue Quincampoix et, avec la galette, ils boiront un litre à notre santé.

COR... — N'empêche que, d'après ce qu'a dit l'interne, ça la f... mal! Je m'en f...! On n'a qu'à nier tout ce qu'ils pourraient trouver, avec l'avant-dernière des énergies. L'interne m'a demandé où nous avions appris à ficeler les gens. J'avais envie de lui demander s'il voulait faire l'expérience lui-même, pour voir comment je sais ficeler une andouille.

ROU... — Quand même, il n'y a pas à se plaindre du personnel jusqu'ici. C'est déjà quelque chose qu'on ne nous embête pas en vérifiant si nous n'usons pas les barreaux de nos cages en les léchant.

VEN... — Dites donc! J'ai envie de faire une farce au veil-

©BIUM

leur si je l'entends venir. Ça y est. Je me cache sous mon lit ou ma paillasse. Cor..., lui, se cachera comme une autruche, en se f... la tête dans les chiottes, les bras en croix et les jambes en l'air.

COR... — Idiot! C'est le macaroni qu't'as mangé ce soir qui te donne des idées aussi filandreuses?... L'interne m'a aussi demandé si tu avais regret d'avoir estourbi ton oncle. Tu parles d'une question insidieuse!

VEN... — J'te crois! J'en ai tellement regret que je voudrais bien que ce soit à recommencer. J'te garantis qu'on ne serait pas si c... et que ma sainte famille irait dans l'autre monde, de façon qu'on ne se ferait pas pincer. On saurait jouer de la fille de l'air.

COR... — En attendant, on va jouer à ronfler. V'là les trois quarts qui sonnent. Bonsoir, les aminches!

ROU... — A demain, dans l'autre monde! J'pense que la comète ne nous oubliera pas.

©BIUM

Législation

DIVORCE ET ALIÉNATION MENTALE

RÉPONSE A L'ARTICLE DE M. PARANT

Par le Dr TRÉNEL

M. Parant, dans un article (1) qui a tout le poids d'une longue pratique et d'une haute autorité, attaque avec véhémence le projet de loi sur le divorce pour cause d'aliénation mentale, et considère comme nuls les arguments en faveur de cette disposition nouvelle, nulle l'expérience faite dans plusieurs pays.

Entre autres, M. Parant repousse en bloc, sous une forme agressive, ce qui se fait en Allemagne. Sans nous arrêter à ce qu'une semblable boutade a de contestable dans une discussion scientifique, nous reprendrons terme à terme la discussion que M. Parant a basée sur notre précédente communication (2).

1. — *La loi allemande est d'une imprécision extrême, parce que le législateur s'est senti sur un mauvais terrain.* J'ai expliqué ailleurs, d'après les commentateurs

(1) *Annales médico-psychologiques*, juillet 1912, 10e s., t. II, p. 46.

(2) *Annales médico-psychologiques*, sept. 1911, 9e série, t. XIV, p. 262.

©BIUM

allemands de l'article 1569, que cette apparente imprécision est voulue, et que le législateur a volontairement laissé au tribunal une certaine liberté d'appréciation. Je ne vois pas en quoi cela diminue la valeur d'une loi qui ne peut être conçue dans les mêmes termes que, par exemple, un décret d'intérêt local. Il est vrai, et j'ai insisté sur ce sujet, que le terme « communauté mentale » a les défauts des expressions abstraites propres à l'esprit allemand, mais les considérants d'une foule de jugements ont montré surabondamment ce qu'on doit entendre par là : « La communauté mentale n'existe plus si l'un des conjoints, par suite de sa maladie mentale, a perdu la faculté d'être conscient des intérêts, droits et devoirs communs, nés du mariage, d'échanger des idées raisonnables avec l'autre époux et de prendre une part intellectuelle à la vie de famille et aux intérêts qui y sont liés (1). » Ceci est une traduction pénible (mais exacte) d'un texte pénible aussi, car c'est de l'allemand, et de l'allemand judiciaire. Mais la définition du terme discuté n'en est pas moins claire et tout commentaire en est inutile ; elle a été adoptée par toute la jurisprudenec allemande.

Je dois cependant dire que dans son récent chapitre de médecine légale des aliénés du *Handbuch der Psychiatrie d'Aschaffenburg*, Bumke manifeste une opinion restrictive et, qu'à son avis, le divorce doit être limité aux cas démentiels, ce qui est contraire à la jurisprudence établie, autant que nous avons pu en juger.

2. — *M. Parant reproche à la loi de ne pas prononcer le mot d'incurabilité*. Ceci est encore voulu. On pourrait dire que si le législateur se refuse à prononcer ce mot, c'est là un de ces subterfuges admis et qui n'a

(1) Jugement de la Cour d'appel de Deux-Ponts, 13 juillet 1903.

©BIUM

pas plus d'importance que l'euphémisme bronchite du sommet pour tuberculose pulmonaire.

Mais il y a plus : on peut dire que l'incurabilité n'est pas l'élément d'appréciation qui importe au juge. L'incurabilité est bien le fond de la question ; mais le juge peut très bien refuser le divorce malgré l'incurabilité — et le fait a eu lieu — s'il considère que, toute incurable qu'elle soit, la psychose n'a pas fait perdre au malade cette communauté mentale dont nous venons de reproduire la définition. C'est ce qui aura lieu, par exemple, dans certaines folies périodiques (non dans toutes à notre avis) où, malgré la curabilité des accès considérés en eux-mêmes, le médecin diagnostiquera cliniquement l'incurabilité de la maladie, mais en général le juge ne prononcera pas juridiquement la perte de la communauté mentale quelle que soit la longueur des accès.

3. — *M. Parant se demande ce qu'on décidera si la maladie a duré plus de trois ans avant le mariage?* Se sentant à son tour sur un mauvais terrain, M. Parant abandonne la discussion sur le fond de la loi pour se rejeter sur les détails ; mais, dans le fait, ce détail n'a aucune importance : le législateur édictera ce qu'il voudra ; ce n'est pas affaire médicale. Et d'ailleurs, la question est tranchée en Allemagne : j'ai cité deux jugements où il est tenu compte de la durée de la maladie antérieurement au mariage (1). Ce sera sans doute dans la pratique une question d'espèces.

4. — Nous nous attendions à trouver ici l'argument, le très gros argument *du mariage formé sciemment avec un aliéné riche dans un but de lucre, avec l'intention de divorcer ultérieurement muni d'une bonne pension alimen-*

(1) Oswald. *Psych. Woch.*, 14 mai 1904, n° 17, p. 69. — *Psych. Woch.*, t. II, p. 370, n° 38, 1900.

©BIUM

taire. Le cas se présentera, mais il se présente en l'absence de la loi en question. Nous en connaissons pertinemment un, d'une façon extra-médicale, aussi ne pouvons-nous que l'indiquer ici. Nous ne croyons pas que l'existence de la loi changera quoi que ce soit à la situation actuelle où, dans de tels cas, l'intéressé sait fort bien faire prononcer le divorce pour sévices ou autre cause. Je sais que je donne ici beau jeu à M. Parant. Mais je répondrai que c'est au législateur à prendre des dispositions préventives, puis au juge à prononcer des arrêts qui réduiront à néant ces entreprises de chevaliers d'industrie.

5. — *M. Parant, à la suite de M. Arnaud, confond la perte de la communauté mentale avec l'incompatibilité d'humeur*. C'est une erreur évidente, l'incompatibilité d'humeur n'exclut nullement la capacité de s'occuper des intérêts communs et de les comprendre, elle signifie seulement qu'il y a absence de concordance dans les opinions et les tendances, ce qui est absolument différent. Il est vrai de dire que l'incompatibilité irréductible est souvent due à l'aliénation mentale d'un des conjoints, aliéné raisonnant, quand ce n'est pas les deux. Dans d'autres cas, peut-être plus fréquents qu'avoués, elle n'est en réalité qu'une incompatibilité génitale.

6. — *M. Parant donne comme un argument contre le divorce, que la Suisse a transformé sa loi primitive et y a introduit des restrictions*. Cela prouve seulement que la Suisse a trouvé le principe bon, puisqu'elle l'a conservé et par conséquent confirmé, mais qu'il peut être nécessaire d'établir une limitation des cas où le divorce serait demandé. Ceci personne ne l'a jamais contesté. Et cette disposition n'exclut nullement les malades chroniques, comme le croit M. Parant, mais seulement quelques-uns d'entre eux. Tout le monde est d'accord que certains délirants systématisés, par exemple, con-

servent intégralement le sentiment de la communauté mentale.

7. — M. Parant reproduit l'éternel argument que *si le divorce devient légal en cas de folie, il n'y a pas de raison pour qu'il ne le devienne pas dans nombre de maladies physiques telles que la tuberculose*. Cet argument ne porte manifestement pas ; ce raisonnement est antiscientifique, car il compare des unités d'ordre différent. Jamais médecin ni législateur ne s'arrêteront à semblable idée, qui n'est invoquée que pour les besoins de la cause.

8. — *Il est injuste, antisocial et immoral et même monstrueux, d'exposer nombre d'aliénés à subir le divorce à cause de leur maladie.* Comme réponse, nous nous bornerons à renverser les termes : il est injuste, antisocial, immoral, monstrueux de faire subir, pendant toute son existence, un supplice insupportable à une personne saine et normale et à ses enfants, parce que cette personne aura eu le malheur immérité, dans la loterie du mariage, de tomber sur un mauvais lot.

M. Parant, avec d'autres, met en avant cet argument *que nombre d'aliénés doivent leur maladie à leur conjoint et au fait même du mariage*. Accordons que cela soit en apparence vrai dans quelques cas. En réalité, n'est-ce pas uniquement la prédisposition, et la prédisposition héréditaire, qui entre en jeu ici, sous des influences morales ou matérielles ; cela est exact parfois, mais le plus souvent, sans aucune cause connue, autre que cette prédisposition même. Et, disons-le ici, le conjoint sain n'est-il pas, dans ces cas, la véritable victime, trompé qu'il a été par les parents cachant de propos délibéré les antécédents héréditaires ou personnels ?

Je connais telle malheureuse femme découvrant un jour l'épilepsie chez son mari, épilepsie héréditaire, et

©BIUM

qui traîne cette angoisse de voir surgir un jour l'horrible crise chez ses enfants. Le divorce ne devrait-il pas être de droit dans un pareil cas, cas fréquent, ne fût-ce que pour éviter la procréation de tels prédisposés?

9. — Dans le même ordre d'idées, M. Parant cite *les femmes qui surtout ont à souffrir de la puerpéralité*. Mais en réalité l'immense majorité des psychoses puerpérales ne sont que de la démence précoce, et si les psychoses dues en apparence au mariage sont plus fréquentes chez les femmes, c'est qu'elles se marient plus jeunes que les hommes ; chez ceux-ci, à l'âge du mariage dans nos pays, l'âge moyen de la démence précoce est depuis longtemps passé, et elle a déjà fait parmi eux ses victimes. D'autre part, les parents ne se hâtent-ils pas souvent de marier une fille chez qui des symptômes psychiques se font jour, dans le but de la guérir par le mariage? Que de malheurs ont été ainsi causés! Un de nos collègues vient de nous communiquer ce fait rare, où des parents, résipiscents sans doute, cherchent eux-mêmes à libérer leur gendre en faisant demander le divorce par leur fille démente.

10. — *La décision de justice prise dans le prononcé du divorce est avilissante.* Cela c'est l'argument du préjugé contre le divorce en général. Si ce préjugé existe chez notre respecté contradicteur, je ne crains pas de dire qu'il faussera tous ses raisonnements. En quoi le divorce serait-il avilissant s'il n'est pas prononcé pour des causes avilissantes? M. Parant ferait-il intervenir ici d'autres sentiments que l'impartialité scientifique? Je n'insiste pas. Les juges se chargeront, comme ils le font actuellement en maintes circonstances, de repousser des demandes de divorce injustifiées avec des considérants qui mettent le coupable au ban de la société.

11. — M. Parant triomphe *de ce que j'ai cité un*

divorce dans un cas de psychose post-puerpérale. Comme je l'ai dit plus haut, il s'agit en réalité d'une démence précoce, mais je n'ai pas voulu infliger aux lecteurs trop d'observations *in extenso* (1).

12. — *Quant à l'argument tiré de l'aliénation mentale causée par la syphilis du conjoint*, il n'a aucune valeur. Car d'abord il ne peut guère s'agir ici que de la paralysie générale (2), et cette affection est habituellement d'une durée inférieure à trois ans, et, fût-elle prolongée, dépasse peu souvent quatre ou cinq ans : donc la question de divorce s'y posera rarement. J'en cite cependant un exemple. En second lieu, il n'y a ici encore qu'à retourner l'argument : on va faire divorcer, dit-on avec horreur, une malheureuse paralytique, paralytique du fait du mari syphilitique resté sain ! Ce dernier — cela est le corollaire forcé — mérite châtiment et doit rester marié à la femme démente, parce que contaminée par lui. Admettons. Mais renversons, dis-je, les termes : N'est-il pas juste au contraire de faire divorcer d'avec un mari paralytique, une malheureuse femme à qui ce paralytique a pu donner la vérole au début du mariage? D'ores et déjà d'ailleurs des juges ont prononcé pour sévices graves, des divorces dans le cas de contamination syphilitique.

13. — *L'aliéné sera hors d'état de se défendre.* Encore une pure vue de l'esprit. L'aliéné a et aura des mandataires chargés de le défendre. A l'heure actuelle, je connais tel administrateur des biens des aliénés qui — suppléant bénévolement au curateur, toujours inexis-

(1) *Psych. Woch.*, 3 août 1901, n° 12, p. 198.

(2) Je crois, d'ailleurs, que M. Parant est l'adversaire déterminé de l'origine spécifique de la paralysie générale. Alors son argument tombe de lui-même, car, en fait, il n'y a guère d'autre psychose syphilitique.

©BIUM

tant en raison de la non-application de la parfaite loi de 1838 — assume la défense des aliénés contre qui le divorce est réclamé, et les défend bien, je puis l'affirmer. La loi saura nommer de semblables défenseurs ; elle le fait déjà en nommant des mandataires *ad litem* pour toute contestation où l'intérêt de l'aliéné est en jeu ; et, nous venons de le rappeler, il y a déjà le *curateur à la personne*. La loi allemande a parfaitement réglé cela. Il n'y a qu'à l'imiter.

14. — *Pour soulever l'indignation contre le divorce des aliénés, M. Parant cite le fait de M^me^ de Lavalette* (20 *décembre* 1815), *devenant folle après s'être dévouée pour son mari qu'elle fit échapper à la mort*, disant que son mari aurait pu demander le divorce si la loi en question eût existé !

Je me refuse à faire entrer en ligne de compte un argument de ce genre, qui est purement sentimental et nullement médical. A son tour, M. Parant, n'échappe pas au reproche — immérité d'ailleurs — qu'il fait aux partisans du divorce, de n'invoquer que des questions de sentiment. Et il me serait facile de triompher en citant les curieuses révélations toutes récentes sur les causes de la folie de M^me^ de Lavalette, dont la raison succomba, non pas à son dévouement, digne des grands jours de la République romaine, mais à la jalousie qu'elle conçut en trouvant dans les bagages de son mari des lettres féminines (1).

15. — Arrivons enfin à la partie réellement médicale de l'article de M. Parant : *Il n'y a pas de critérium de l'incurabilité*.

Énoncer un semblable axiome, c'est nier toute science mentale. M. Parant a certainement fait et fera des pro-

(1) Voir : Les souvenirs de M. de Méneval, *Revue* (ancienne *Revue des Revues*), 1912.

nostics d'incurabilité. Tout aliéniste en fait dans les certificats qui lui sont judiciairement ou administrativement demandés quand des intérêts d'un malade sont en jeu, en fait d'interdiction, par exemple, de succession à recueillir, de vente de mobilier, de réforme militaire, de mise à la retraite. Les exemples abondent. Et il serait incapable de faire ce pronostic quand il s'agirait de divorce!

Une chose est vraie cependant, il est des cas où l'incurabilité est impossible à affirmer, et, comme le pense M. Parant, nous n'avons pas de critérium absolu de l'incurabilité. Je ne crains pas de l'avouer. Mais cela est vrai pour toutes les maladies. Nous ne savons jamais, quand une tuberculose commence, comment elle finira; nous ne savons jamais, quand une femme entre en travail, si elle ou son enfant survivra ou non; mais nous faisons néanmoins des diagnostics de tuberculose et des diagnostics de présentation; nous faisons des pronostics aussi.

Toute proportion gardée, il en est de même en pathologie mentale. Nous ne jugeons d'aucun malade que par comparaison, nous n'avons pas plus de critère sûr de la gravité d'une infection puerpérale que d'une psychose puerpérale. Jamais dans l'avenir, ni dans le passé, aucun médecin n'annoncera ni n'a annoncé d'événement qui ne soit sujet à tromper son augure.

Mais cependant, tout médecin fait des pronostics; il se trompe parfois, mais tout médecin aussi pronostique souvent juste. Et sur quoi? sur des riens, sur des signes minuscules, souvent mal définissables.

En médecine mentale plus qu'ailleurs, le sens clinique et la longue expérience sont des éléments indispensables. Mais sur quels signes un expert prononce-t-il devant les juges que tel accusé est responsable ou non? Et ne pèse-t-il pas là, dans ce rôle de l'expert, un poids

©BIUM

bien lourd sur la conscience du médecin quand il envoie à la mort ou au bagne, dans une conclusion de rapport médico-légal, quelque misérable? est-il toujours certain d'une façon absolue, si nous raisonnons comme M. Parant, que cet homme n'est pas au fond un malade?

C'est cette angoisse-là que je ne voudrais pour rien au monde éprouver. Mais quant à dire qu'un dément précoce, indifférent, violent, gâteux, baveux, peut être divorcé, je n'hésiterai pas.

De critérium de certitude, il n'y en a qu'en matière de foi.

16. — *Quant au réveil des facultés au moment de la mort*, fait exact et que j'ai observé nettement dans un cas de délire aigu, c'est un phénomène extraordinaire et rarissime, puisque M. Parant est obligé d'en chercher un exemple dans Cervantès, nous dit-il.

Et vraiment, ce fait a trop peu de rapport avec la question discutée ici pour entrer en ligne de compte.

17. — *Sur le délai proposé de trois années*, M. Parent réédite toutes les objections connues. Il avoue que ce délai d'incurabilité est dans l'opinion des anciens, mais, malgré son respect pour eux, il ne le considère pas comme exact. Il cite même des cas de paralytiques généraux rentrés dans la vie sociale. Mais ne peut-on pas se demander si ce n'étaient que des pseudo-paralysies ; et quand cela serait, ce sont des exceptions extrêmement rares, dont j'ai cité moi-même un exemple. Qu'il y ait des cas où, après plus de trois années d'aliénation mentale médicalement constatée, des retours imprévus à la raison aient lieu, quoique je ne l'aie jamais vu, j'accepte cette hypothèse. Je dirai seulement que cinq sur onze des cas de guérison tardive que M. Parant cite d'après Bravetta, sont d'origine pellagreuse ; or, il ne vient à l'idée de personne de donner la

pellagre comme cause de divorce. L'un de ces cas est inutilisable, de l'aveu de M. Parant ; presque tous sont manifestement des formes périodiques, comme la plupart des guérisons tardives allégnées par d'autres auteurs. Bravetta lui-même les range dans la folie maniaque-dépressive. Les folies périodiques, présentant des intervalles lucides, sont les derniers des cas où il puisse être parlé de divorce, sans l'exclure pourtant.

Il reste d'ailleurs ceci, qu'aucun des cas de guérisons dites tardives n'a été examiné en vue d'un divorce, et qu'un examen fait dans ce but précis aurait peut-être fait découvrir des doutes sur l'incurabilité.

Je rappellerai que les immenses recherches de Petrèn dans *toute* la littérature médicale (1) ne lui ont permis de trouver que des cas rares et discutables ; comme ceux de Bravetta, ces cas rentrent tous dans les formes périodiques.

Si les faits de ce genre prêtent facilement à l'erreur, il n'en est pas de même de beaucoup d'autres. Quoiqu'il soit impossible de codifier, à l'heure actuelle, les signes d'incurabilité, il y a néanmoins une foule de cas chroniques — classifiés ou non — où tout aliéniste peut affirmer la chronicité. En science, les observations négatives n'ont aucune importance, les faits positifs seuls comptent. Or, nous constatons journellement des cas positifs d'incurabilité, et les médecins font en somme beaucoup plus de pronostics justes que d'erronés. Les asiles sont encombrés d'incurables, les guérisons sont malheureusement le très petit nombre. Ces innombrables chroniques ont généralement été pronostiqués tels, et cela avant l'échéance de trois ans.

Nombre de ces malheureux ont des époux fidèles qui

(1) Petrèn. *Spätheilung von Psychosen*, 1910.

©BIUM

ne les abandonnent jamais. Un grand nombre sont abandonnés, beaucoup après avoir repoussé toute visite.

Que l'époux normal soit remis légalement en mesure de se refaire une vie normale, c'est ce que tout médecin ayant des sentiments humains doit admettre. Et malgré les oppositions, mues par d'autres sentiments, honorables il est vrai, mais basés sur des appréciations fausses, nous ferons tous nos efforts pour faire aboutir la loi du divorce des aliénés.

Aux faits discutables que cite M. Parant, il est facile d'en opposer d'autres : deux veufs se marient, ayant l'un un fils, l'autre une fille. La fille se livre au jeune homme : de l'aveu du père, c'est elle qui le prend et non lui. Il faut sauver l'honneur : on les marie. Or, la fille, déjà d'intelligence faible, tombe immédiatement dans la démence. On est obligé de l'interner, elle se livrerait à tout venant. Dans mon service même, une surveillance exacte est nécessaire : elle est indifférente à tout sentiment, sauf à épier continuellement l'occasion génitale. Le jeune homme l'a vite quittée, avec l'assentiment du père et de la mère, et a été fonder une famille. Il a des enfants. Le père et la mère, désespérés, viennent demander les moyens de faire prononcer le divorce, car les conventions sociales (cela se passe dans le monde militaire) les empêchent de recevoir la femme illégitime et leurs petits-enfants. Quel pouvoir a le droit de s'opposer à la réalisation de ce divorce, que la plus élémentaire morale réclame?

C'est dans des cas de ce genre que des tribunaux à l'esprit large ont su contourner la loi et même la tourner, et ont prononcé des divorces illégaux au fond, justes dans l'application. Ces compromissions déplorables, depuis quelques années bien des fois renouvelées sous la pression de situations impérieuses, montrent la nécessité d'une loi, laquelle donnant raison aux

©BIUM

tribunaux qui savent établir le droit méconnu par une législation tardigrade, fera rentrer leurs décisions dans la légalité.

NOTA. — M. Parant, à qui cette réponse a été communiquée à la demande même de son auteur, a tenu à répliquer. Cette réplique sera publiée dans notre prochain numéro et devra, nous semble-t-il, clore le débat entre les deux contradicteurs.

©BIUM

Établissements d'aliénés

LE
QUARTIER DE SURETÉ DE VILLEJUIF

(ALIÉNÉS CRIMINELS, VICIEUX, DIFFICILES, HABITUÉS DES ASILES)

Par le Dr H. COLIN
Médecin en chef des asiles de la Seine.

I

HISTORIQUE

Par délibération du 26 décembre 1900, le Conseil général invitait l'Administration à mettre à l'étude l'établissement d'un service d'aliénés vicieux, apte à recueillir les aliénés criminels et les criminels aliénés internés d'office dans les asiles de la Seine.

En exécution de cette délibération, il fut procédé à une enquête auprès des différents chefs de service à l'effet de savoir quel serait le chiffre approximatif des malades relevant de cette catégorie, et, d'après les renseignements fournis à cette époque, ce chiffre serait d'environ 100 hommes et 50 femmes.

Deux autres délibérations du Conseil général (10 juillet 1901 et 28 décembre 1901) avaient pour objet de désigner le médecin chargé des études relatives à l'or-

©BIUM

ganisation du nouveau service et d'inscrire un crédit de provision pour la construction des pavillons. (Lettre de M. le Directeur des Affaires départementales à la Commission de surveillance le 7 avril 1902.)

A la suite des propositions faites par l'Administration, plusieurs débats eurent lieu à la Commission de surveillance sur le service projeté, sur le genre de malades qui devaient y être hospitalisés, et différentes théories furent émises au sujet des aliénés vicieux, difficiles et criminels, discussion qu'on retrouvera reproduite dans les comptes rendus de cette Commission.

Il me paraît utile, à ce propos, de mettre les choses au point.

Je m'étais efforcé à la Commission mixte du Conseil général (1), de bien marquer les différences qui séparent les aliénés vicieux ou difficiles des aliénés criminels.

J'insistais encore sur ces différences devant la Commission de surveillance le 13 mai 1902. Voici dans quels termes je m'exprimais à cette occasion :

Il s'est produit une confusion regrettable à la suite de l'emploi des termes « aliénés criminels » et « aliénés vicieux ». Vis-à-vis des aliénés criminels, la loi de 1838 nous laisse complètement désarmés. Le Conseil supérieur de l'Assistance publique a voté la création d'un asile d'Etat destiné aux aliénés criminels ; mais jusqu'à présent aucun texte de loi n'est intervenu. La question des aliénés criminels est complexe ; les uns (36 p. 100 environ) ont commis leur crime sous l'influence de leurs idées délirantes, d'autres sont des criminels devenus aliénés. Dans les deux catégories, il existe des paralytiques généraux, des déments pour lesquels l'asile ordinaire est amplement suffisant. Enfin l'hospitalisation

(1) Conseil général de la Seine. — Commission mixte chargée d'étudier les questions intéressant l'hospitalisation des aliénés, 1898-1899.

©BIUM

des aliénés criminels comporte des conditions spéciales de placement, de maintien et de sortie qui rendent indispensable l'application d'un texte formel.

Il n'en est pas de même pour les vicieux. Il s'agit ici, dans l'espèce, de ces individus à tendances perverses, à instincts mauvais, de ces fous moraux, de ces malades difficiles, au délire souvent éphémère provoqué par le moindre excès et souvent par l'excitation alcoolique, qui mettent le trouble dans tous les services où ils sont admis. Ils font des asiles une auberge gratuite où ils se réfugient dès qu'apparaît la mauvaise saison; ils n'y travaillent jamais, les chefs d'ateliers étant incapables de se faire obéir d'eux. Ce travail pourra cependant être obtenu, comme il l'est aujourd'hui à Gaillon, le jour où ils seront soumis à un régime sévère sous le contrôle direct du médecin, ainsi que cela se passe dans le service spécial du Dr Bourneville.

Ces récidivistes des asiles sont la terreur des autres malades et font le désespoir des médecins. Là-dessus, l'enquête entreprise auprès des différents chefs de service est formelle.

En se reportant au Rapport général du service des aliénés de la Seine pour l'année 1900, on voit que la plupart des médecins insistent sur l'incontestable utilité du nouveau service.

Ces principes une fois posés, ces définitions étant données, il est bien évident qu'en attendant le vote de la loi nouvelle, le service qui va être créé pourra recevoir à titre provisoire les aliénés dits criminels qui cesseront ainsi d'être mélangés aux autres malades maintenus dans cet établissement sans nom qu'est la « Sûreté » de Bicêtre.

Un peu plus tard, et toujours devant la Commission de surveillance (27 mai 1902), M. le conseiller Paul Brousse précisait encore :

M. le Dr Paul Brousse expose à la Commission les origines du projet qui lui est actuellement soumis. Chargé en 1899 par ses collègues du Conseil général de présenter le rapport sur le service des aliénés, il pro-

voqua la réunion d'une Commission mixte pour l'étude des questions intéressant ces malades, espérant que de l'échange d'idées auquel cette création allait donner lieu, certains progrès pourraient naître.

La deuxième sous-commission prit connaissance d'un rapport imprimé de M. le Dr Colin sur « les aliénés vicieux dans les asiles d'aliénés », et elle en approuva les conclusions, dont la première était « qu'il y avait lieu de créer dans le département de la Seine un service spécial pour les aliénés vicieux désignés par les médecins des services ordinaires ». L'épithète de vicieux était ainsi adoptée par le Conseil et il n'était pas indiqué que la section dût être destinée à des aliénés criminels. La proposition fut reprise par la troisième Commission du Conseil, qui, en août 1901, envoya une sous-commission visiter en Allemagne les asiles créés dans ce pays pour répondre à la préoccupation de traiter à part la catégorie spéciale d'aliénés que l'on avait en vue ; deux quartiers d'asile furent visités, dont l'un ne contenait que des aliénés dits criminels (criminels aliénés et aliénés criminels), et l'autre des aliénés criminels et des aliénés simplement vicieux ou dangereux, côte à côte. L'avis de la sous-commission, dont M. le Dr Sérieux était le rapporteur, fut favorable à la création d'une section d'aliénés vicieux dans le département de la Seine. Tous les organes commis ainsi par le Conseil se montrèrent favorables à l'idée nouvelle, et M. le Dr Magnan me remit une note dans laquelle il précisait la catégorie des malades qui pourraient être placés dans la section à créer.

Ces études préparatoires terminées, l'épithète d'aliénés criminels fut définitivement écartée de nos programmes : beaucoup considéraient, en effet, que c'eût été transgresser leur droit que de créer un asile où ceux qui entreraient seraient appelés criminels, alors surtout que cette section n'était pas destinée aux malades ayant réellement, sous l'empire de l'aliénation mentale, commis un fait qualifié crime, mais bien à des individus vicieux, dangereux, qu'ils fussent ou non criminels.

Enfin, dans mon rapport à M. le Préfet de la Seine (Rapport général sur le service des aliénés pour l'an-

©BIUM

née 1903, page 311), j'écrivais au sujet des aliénés vicieux :

Habitués des asiles et des patronages dont ils constituent, à peu d'exception près, les seuls clients, ils ont trouvé dans l'internement une façon commode de vivre, sinon luxueusement, au moins largement, aux dépens de la société.

S'ils échouent dans leur tentative de placement volontaire, ils ont recours au placement d'office, et comme ils n'ignorent pas que, d'une part, un accès délirant antérieur leur assure l'indulgence du tribunal, et que, d'autre part, on les internera par mesure de police et de sécurité publique, ils profitent des moyens les plus simples qui sont mis à leur disposition. On parle beaucoup de séquestration arbitraire : ce que nous connaissons surtout, ce sont des séquestrations volontaires.

Une fois internés, il n'est pas de malades plus exigeants. Si le régime leur déplaît, ils réclament leur liberté et l'on est, en général, trop heureux de la leur accorder. Cette mise en liberté s'accompagne souvent de secours en argent, d'une fourniture de vêtements et de chaussures, d'un bon de séjour dans un refuge, parfois d'une avance d'outils en vue d'un travail éventuel et jamais réalisé. Toutes choses qui permettent, soit par leur utilisation immédiate, soit par leur transformation en espèces, de passer au dehors quelques jours agréables, en attendant la prochaine entrée.

Ce sont ces individus malfaisants, vicieux, exploiteurs des asiles que, par euphémisme, en tenant compte de leur caractère maladif, nous désignons sous le nom d'aliénés difficiles.

Nous nous sommes efforcé, dans notre rapport à la Commission mixte du Conseil général, de bien définir ce qu'il fallait entendre sous la dénomination d'aliénés vicieux.

Les aliénés vicieux et les aliénés criminels, disions-nous à la séance du 29 avril 1899, constituent deux catégories de malades entièrement distinctes et doivent faire l'objet de deux rapports séparés.

Les criminels ont commis des crimes, assassinat,

©BIUM

incendie, viol. Les vicieux ont commis des délits, souvent aussi sont restés à la limite du Code, et parfois n'ont rien fait de répréhensible, mais sont simplement insupportables dans les services ordinaires. Il s'agit donc, en somme, d'une part de ces déséquilibrés, épileptiques, hystériques, de certaines catégories de « fous moraux » si nombreux dans les asiles des grandes villes qui, par leur indiscipline, leurs mauvaises habitudes, leurs tendances à la révolte, leurs penchants agressifs, sont la terreur du personnel et des malades tranquilles ; il s'agit, d'autre part, de certains « parasites, récidivistes et exploiteurs des asiles », comme les appelle si justement Legrain ; des fous qui s'adonnent habituellement à l'ivrognerie et qui cherchent, dans un accès d'alcoolisme antérieur, l'excuse à toute une série d'actes délictueux ou le moyen d'échapper aux difficultés d'existence créées par la misère ou la rigueur de la saison.

Certains de ces individus, qu'ils appartiennent ou non à la seconde catégorie, possèdent des facultés intellectuelles assez vives qui les rendent les maîtres faciles des faibles d'esprit qui les entourent ; quelques-uns d'entre eux, dont nous pourrions citer les noms, ont pris une part active à la révolte de la sûreté de Bicêtre il y a une quinzaine d'années. Tous sont éminemment paresseux et, comme dit Legrain, considèrent l'asile comme une hôtellerie.

Il va de soi que les hommes ne sont pas seuls en cause ; pour des raisons que tout le monde comprendra, sans qu'il soit besoin d'insister, ils forment la grande majorité. Il n'en est pas moins vrai qu'il existe également des aliénées du même genre; il suffit de citer les prostituées et certaines héréditaires à tendances éminemment vicieuses, profondément perverties qui, du fait de leurs mœurs et de leurs excès de langage intentionnels, sont une gêne permanente pour les autres malades.

Tous les aliénistes ont reconnu dans le tableau précédent les traits de certains de leurs clients, et nous sommes autorisé à penser avec ceux qui nous ont précédé que nous avons devant nous un type bien défini.

Dans la fameuse discussion de 1868 sur les aliénés

©BIUM

dangereux, J. Falret insistait sur les perversités morales des aliénés raisonnants qu'il considérait comme dangereux, et Brierre de Boismont disait excellemment :

« Il est cependant incontestable que tous les actes répréhensibles commis par des fous criminels ne doivent pas être compris dans cette catégorie ; il en est beaucoup qui ne sont pas délictueux, mais même dans ce cas, on trouve des aliénés qui, par leur conduite, doivent être isolés des malades ordinaires : tels sont ceux qui volent sans cesse, ourdissent des complots, montent la tête aux autres, les excitent à faire du mal à autrui et à eux-mêmes, écrivent des lettres anonymes, font des dénonciations calomnieuses et sèment partout le trouble et le désordre. »

A ces individus, il destinait des quartiers particuliers dans les asiles ordinaires, lui, le protagoniste de la campagne si souvent menée en faveur de la création de l'asile central d'aliénés criminels.

« Les aliénés du second degré, dont les mauvais instincts ne sont pas incorrigibles, qui obéissent à la règle, doivent être placés dans les quartiers des asiles. Il en est de même des aliénés vagabonds que nous avons été plusieurs fois chargé d'examiner. Tantôt séquestrés comme malades, tantôt emprisonnés comme ayant commis des délits correctionnels, leur expertise nous apprenait que nous avions affaire à des aliénés ou à des imbéciles dont la place était dans un asile où on peut les traiter et les occuper. »

Les deux classes de malades (aliénés criminels et aliénés vicieux) sont donc bien séparables et nettement déterminées.

J'apportais dans ce rapport les observations de onze malades difficiles, et je concluais :

Tels sont, Monsieur le Préfet, les cas que je voulais vous exposer et qui ont été observés dans la seule deuxième section des hommes de l'asile de Villejuif. J'ai apporté, dans ces recherches, la plus grande indulgence, ne voulant pas être taxé d'exagération et craignant qu'on pût croire de ma part à une idée préconçue. Il n'est donc

pas téméraire de penser que des recherches analogues faites par mes collègues aboutiraient à des résultats identiques. Le nombre de ces malades a déjà été fixé approximativement à 150, à la suite de l'enquête provoquée par vos soins auprès des chefs de service.

J'avais donc raison d'affirmer, au début de ce rapport, qu'il existe dans les asiles un groupe d'individus vicieux, difficiles à vivre, qui sont la terreur des malades tranquilles, qu'ils volent et maltraitent, et qui exploitent, d'une façon éhontée, la charité du département.

La justice ne veut plus les connaître, et la Préfecture de police s'en débarrasse en provoquant leur internement. Nos asiles actuels, avec le système de la plus grande liberté qui a été introduit de façon si légitime dans ces dernières années, ne sont pas aménagés pour les recevoir. Il y a donc urgence de bâtir la section pour les aliénés difficiles, proposée comme annexe à l'asile de Villejuif, et dans laquelle ces individus seront soumis à un mode d'hospitalisation et à un travail appropriés.

Il semble, à la lecture de ces documents, que jamais question d'hospitalisation des aliénés ne fût plus claire. Enlever aux services ordinaires un certain nombre de sujets indisciplinés, vicieux, placés sur la limite de la prison et de l'asile et fréquentant constamment et indifféremment les deux, en constituer une division spéciale, rien de plus logique à mon avis. Mais le vote du Conseil général avait compliqué les choses en édictant que le nouveau service serait apte à recevoir les aliénés criminels.

Elles le furent davantage encore lorsqu'il fallut procéder à la réalisation du projet ; les uns demandaient, on ne sait trop pourquoi, que la section spéciale reçût le nom d'asile des Hautes-Bruyères et eût une entrée particulière sur la route de Chevilly, d'autres que l'on changeât la dénomination d'aliénés vicieux en celui d'aliénés difficiles, par analogie avec le terme employé pour les enfants assistés irréductibles.

©BIUM

La dénomination d'asile des Hautes-Bruyères n'avait aucune raison d'être, étant donné que la nouvelle section était desservie entièrement par les services généraux de l'asile de Villejuif, et l'entrée particulière sur la route de Chevilly eut pour résultat immédiat l'ouverture, en face de la porte de l'annexe, d'un débit de boissons qui aurait pu devenir le rendez-vous des parents et amis des nouveaux pensionnaires, et par suite une source certaine de graves inconvénients si l'on n'avait pris le sage parti de condamner cette entrée. L'accès à la nouvelle section se fait donc par l'asile de Villejuif.

Les objections faites à la dénomination d'aliénés vicieux et même d'aliénés difficiles étaient au contraire parfaitement justifiées, en raison du discrédit que cette appellation peut jeter sur les pensionnaires et surtout sur les familles des malades internés. Aussi a-t-on pris l'habitude de désigner le nouveau service simplement sous le nom de troisième section, ce qui aplanit toutes les difficultés.

II

OUVERTURE DE LA TROISIÈME SECTION. — MALADES QUI Y SONT TRAITÉS

Les premiers bâtiments de la troisième section de l'asile de Villejuif ont été terminés et aménagés en janvier 1910. On y recueillit pendant quelques jours un certain nombre de victimes des inondations, hommes, femmes et enfants, en tout 55 sinistrés.

Le 3 mars 1910 arrivèrent les premiers malades; très rapidement les pavillons furent occupés, et cela d'autant plus facilement qu'ils constituent une partie seulement du futur service.

©BIUM

On trouvera plus loin une description de ces pavillons. Disons seulement qu'ils comportent un nombre maximum de 55 places. Depuis le 1er janvier 1912 ce chiffre a été porté à 64 places, en raison de l'externement de neuf infirmiers dont les chambres ont été affectées à des malades.

Il est entré à la troisième section en l'année 1910, 87 malades, dont :

8 venant de Vaucluse ;
4 — de Ville-Évrard ;
3 — de Bicêtre ;
12 — de la première section de Villejuif ;
11 — de la deuxième — —
49 — directement de Saint-Anne.

Parmi ces malades, 5 ont été traités deux fois à la troisième section :

35 sont sortis ;
2 ont été transférés ;
3 ont été envoyés à la première section ;
2 ont été envoyés à la deuxième section.

La troisième section des hommes, annexée à l'asile de Villejuif, renferme trois catégories de malades bien distinctes :

1° Les habitués des asiles, malades à internements et à condamnations multiples, comprenant les débiles moraux, les alcooliques transitoires, les épileptiques et les hystériques à attaques rares ;

2° Les alcooliques et les épileptiques vrais à réactions dangereuses et violentes ;

3° Les malades délirants qui, sous l'influence de leurs tendances impulsives et dangereuses, se sont laissés aller à commettre des crimes.

©BIUM

1° *Habitués des asiles.*

Les habitués des asiles se caractérisent surtout par un fond commun de débilité morale qui les prédispose aux actes délictueux dont ils sont coutumiers. Chez les uns, cet état de débilité se montre seul sans être accompagné de délire ; chez d'autres, on peut observer quelques bouffées délirantes de très courte durée.

Pour les épileptiques, c'est l'ivresse délirante qui est le plus communément observée, ce qui s'explique facilement par l'état de moindre résistance dans lequel les place la faiblesse de leur cerveau. Enfin, il arrive fréquemment que, pour la même raison, l'alcoolisme se complique chez eux d'attaques épileptiques ou d'attaques d'hystérie consécutives aux excès de boisson. Il y a donc, ici encore, une séparation bien nette à établir entre ces convulsifs d'occasion et les épileptiques ordinaires.

Mon interne, M. le Dr Beaussart, qui m'a secondé avec un zèle et un dévouement dont je suis heureux de le remercier ici, a dressé des tableaux qui résument mieux que de longues descriptions le *curriculum vitæ* de nos pensionnaires. En jetant les yeux sur ces graphiques, on a immédiatement la notion très nette qu'il s'agit de malades spéciaux pour lesquels il est nécessaire d'avoir une installation et des moyens de traitement appropriés. (Voy. fig. 1 et 2.)

Il est possible de dégager certains caractères communs et bien particuliers à ce genre de malades.

Le premier caractère, et peut-être le plus important, consiste dans la multiplicité des internements alternant avec la multiplicité des condamnations. Ces malades oscillent perpétuellement entre la prison et l'asile

©BIUM

et, il est à peine besoin de le dire, ne sont à leur place ni dans l'un ni dans l'autre.

L'entrée à l'asile se fait par placement d'office, soit à la suite d'une scène de violence ou d'un scandale quelconque, soit après expertise médico-légale à la suite d'un délit ayant provoqué l'arrestation, ou bien par placement volontaire.

A l'arrivée à l'asile on constate, tantôt quelques vagues idées de persécution, quelquefois des hallucinations réelles ou simulées, ou bien encore des crises nerveuses, tantôt véridiques, souvent aussi ébauchées ou franchement simulées. Mais, en règle générale, le premier souci des malades est de protester contre l'internement. Le malade affirme qu'il n'est pas fou, demande pourquoi on l'a arrêté, spéculant toujours sur l'ignorance du passé où se trouve le médecin.

Si l'on va au fond des choses, si on prend la peine de consulter le dossier que malheureusement la Préfecture de police conserve avec un soin jaloux, on apprend que les individus en question ont mené une existence déplorable. Pendant l'enfance, certains d'entre eux ont été hospitalisés à Bicêtre ou à la Colonie de Vaucluse; d'autres, plus nombreux, ont été élevés dans des colonies pénitentiaires. Puis, ç'a été le passage continuel de la prison à l'asile et réciproquement. Ce qui domine, en somme, c'est l'instabilité continuelle, l'impossibilité de se maintenir quelque part, la tendance aux actes violents et délictueux, augmentée encore par le moindre abus d'alcool, avec, comme sauvegarde, le bulletin de sortie d'un asile, dernier refuge contre les tribunaux et contre la misère.

C'est qu'en effet, ces malades savent parfaitement se rendre compte de leur peu de résistance à l'alcool. Il en résulte qu'il suffira à beaucoup d'entre eux de boire pour se faire arrêter. Certains s'enivreront afin de se

©BIUM

donner le courage nécessaire pour commettre le délit qui les mènera à la prison et à l'asile. D'autres, plus intelligents, habitués des asiles, instruits par les expériences antérieures, simuleront à merveille le délire alcoolique ; d'autres encore accosteront un gardien de la paix ou iront trouver le commissaire de police en s'accusant d'avoir commis un crime retentissant dont l'auteur n'a pu être retrouvé. Enfin, chez les épileptiques et les hystériques à crises rares, on verra l'attaque se produire à la suite d'excès alcooliques fortuits ou quelquefois prémédités.

Dans tous les cas, le malade ne manquera jamais de conserver précieusement sur lui le bulletin de sortie qui lui a été délivré lorsqu'il a quitté pour la première fois l'asile d'aliénés. C'est un passeport dont il connaît toute la valeur et qui produit un effet magique sur les autorités. C'est l'envoi certain à l'Infirmerie spéciale ou l'expertise obligatoire suivie de réintégration à l'asile. C'est aussi en cas de placement volontaire, un document précieux pour éclairer immédiatement la religion du médecin qui délivrera le certificat.

A l'asile, comment se comportent ces malades? Nous avons dit qu'ils commençaient par protester d'une façon véhémente contre leur internement. Mais les choses s'arrangent vite, et à peine arrivés, ils réclament du travail. Les uns demandent des postes de choix, les bureaux administratifs où ils pourront se procurer des ressources faciles en vendant aux malades ou à leur famille les renseignements qui les concernent, la cave, la cuisine, certains ateliers où l'on est sûr, sous prétexte de travaux ou de réparations à exécuter, de pouvoir vaguer à son aise à travers l'établissement et, au besoin, aller rendre visite à des employés qui récompenseront par des pourboires en nature les menus services qu'on pourra leur rendre.

©BIUM

Certains occupent des places de confiance : on en a vu servir de grooms, d'employés à la bibliothèque ou à la salle de garde. Inutile de dire que, dans chacun de ces endroits, ils ne tarderont pas à se rendre insupportables, et il suffit de rappeler le meurtre commis par un de ces individus à l'asile de Ville-Évrard, il y a environ quatre ans. Enfin, je pourrais citer le cas d'un de ces malades qui, dans l'asile où il était interné, vendait du vin pour le compte d'un employé et m'assurait faire d'excellentes affaires.

Si, par hasard, ces places de tout repos ne sont pas vacantes, il y a encore la buanderie, le jardin, les chantiers à charbon. Ici le travail est plus pénible, mais les habitués savent qu'ayant figuré sur la liste des travailleurs, quelque courte que soit la période pendant laquelle ils auront été occupés, et cette période peut se réduire à un ou deux jours, ils auront droit, au moment de quitter l'asile, à une somme de 10 francs. Aussi, cet acte de présence accompli, tous les moyens sont bons pour obtenir la sortie dans le plus bref délai. On commence par la réclamer impérieusement; puis, si le médecin la refuse, on commet des infractions à la discipline, on provoque le désordre pour amener la réintégration au quartier. Au besoin, on s'évade.

Que la sortie ait été obtenue par l'un ou l'autre de ces moyens, le séjour au dehors n'est pas de longue durée. Le temps de dépenser les 10 francs accordés, de vendre les effets qu'on sera parvenu à obtenir, et un délit quelconque provoquera un nouvel internement.

Bien entendu, les médecins connaissent ces chevaux de retour ; aussi refusent-ils souvent, et cela se comprend, de les envoyer au travail.

Alors, c'est aux dépens des malades tranquilles et souvent des malades affaiblis que vivront ces individus violents, brutaux, voleurs ; ils en imposeront par leur

©BIUM

force, maltraitant les faibles, volant aux affaiblis ou aux inconscients le peu d'argent ou les quelques douceurs apportés par les familles. S'ils sont réunis à plusieurs, ils organiseront des complots et auront vite fait de dominer par la terreur qu'ils inspirent. Ils constituent pour les malades tranquilles une gêne constante en raison de leur langage grossier, émaillé continuellement d'expressions d'argot ou d'épithètes malsonnantes, se plaisant à parler d'obscénités ou à s'entretenir de leurs actions passées ou à venir. Les voies de fait et les projets d'évasion sont constamment à l'ordre du jour, aussi arrive-t-il fréquemment que l'on soit obligé de les maintenir dans les quartiers de force où, bien entendu, ils restent inoccupés.

Ce besoin de commettre des infractions et souvent de véritables délits, même à l'asile, est encore un des traits caractéristiques des malades qui nous occupent.

Quel remède apporter à une pareille situation? A mon avis, le remède est simple, et c'est celui qui est employé dans mon service.

Il consiste à maintenir ces malades dans un service spécialement aménagé et à les occuper à un travail approprié, minutieusement réglé, sous la direction immédiate d'infirmiers spéciaux, et sous la haute surveillance du médecin. On est alors étonné des résultats auxquels on arrive, et il est facile de faire produire à ce genre spécial de déséquilibrés une somme de travail qui compense largement les frais occasionnés par leur entretien.

Certaines objections ne manqueront pas d'être émises. On a dit bien des fois, à la Société médico-psychologique et ailleurs, que les sujets qui appartiennent à la catégorie que je viens de décrire étaient non pas des malades, mais des criminels ou des vagabonds.

Ce n'est pas exact.

Je ne veux pas insister sur ce fait très caractéristique : que dans les prisons même, ces sujets sont un élément de trouble, gênant les autres détenus, se montrant en somme inintimidables ; mais un argument qui me paraît sans réplique nous est fourni par leur petit nombre. En effet, on estime ce nombre à 200 au plus pour le département de la Seine. C'est un chiffre insignifiant comparé à la masse énorme de délinquants que renferme une grande ville comme Paris.

De plus, ils ne commettent pour ainsi dire jamais de crimes véritables, mais seulement de simples délits, souvent même des délits de peu d'importance.

En réalité, nous avons affaire ici à une classe spéciale de déséquilibrés relevant en même temps de l'asile et de la prison, mais dont la place véritable est dans une section aménagée d'une façon appropriée et annexée à un asile.

C'est du reste la conclusion que formulait en 1892 le Dr Charpentier (1) :

> Si de pareils sujets doivent continuer à être considérés comme aliénés, ils doivent être placés dans un service spécial et n'en plus sortir. Nous serions heureux de voir les sujets à séquestrations nombreuses être assimilés aux aliénés dangereux.

Les deux observations suivantes sont caractéristiques.

Obs. I. — G..., Pierre, né le 18 octobre 1859, à Metz, camelot.

Alcoolisme chronique ; instabilité ; habitué des asiles ; 35 internements, 16 condamnations.

Entré à la 3e section le 7 mars 1910, venant de la 2e section hommes de Villejuif.

(1) Société médico-psychologique, 29 février 1892. — Voir *Ann. med.-psych.*, 1892.

©BIUM

Sorti le 19 juin 1910 pour se rendre en Belgique, où il a du travail assuré.

Obs. II. — Gus..., Charles, né le 25 mars 1854, à Lille.

Alcoolisme chronique ; habitué des asiles ; 65 internements, 109 passages à l'Infirmerie spéciale, 13 condamnations.

Entré à la 3e section le 7 mars 1910, venant de la 2e section hommes de Villejuif.

Sorti le 7 juillet 1910.

2° *Alcooliques et épileptiques vrais à réactions dangereuses et violentes.*

Voici deux observations résumées d'alcooliques rentrant dans cette catégorie :

Obs. III. — S... (Ernest), né le 20 juillet 1870, à Ravières, menuisier (fig. n° 1).

Alcoolisme chronique ; réactions violentes et dangereuses, agressivité à l'occasion d'accès subaigus.

Entré à la 3e section le 22 novembre 1910.

Condamnation : 10 jours, 30 mars 1887, Paris, rébellion.

Condamnation : 2 mois, 15 avril 1887, Paris, outrages, rébellion, ivresse.

Condamnation : 1 mois, 21 mars 1888, Montpellier, vagabondage.

Condamnation : 8 jours, 21 septembre 1888, Tonnerre, coups, rébellion.

Condamnation : 3 mois, 19 octobre 1888, Auxerre, outrages, rébellion.

Condamnation : 1 an, 18 juin 1889, Orléans, outrages, vol.

Condamnation : 6 mois, 4 avril 1890, Blois, outrages, ivresse.

Condamnation : 15 jours, 13 novembre 1890, Rochefort, coups.

Condamnation : 4 mois, 21 janvier 1891, Bordeaux, vol.

Condamnation : 2 ans, 21 janvier 1891, Bordeaux, outrages à magistrat.

Appelé dans un bataillon d'Afrique, conseil de guerre pour attentat à la pudeur : 5 ans de réclusion, dégradation militaire.

Condamnation : 6 mois, 30 mars 1898, Toulon, rébellion.

CBIUM

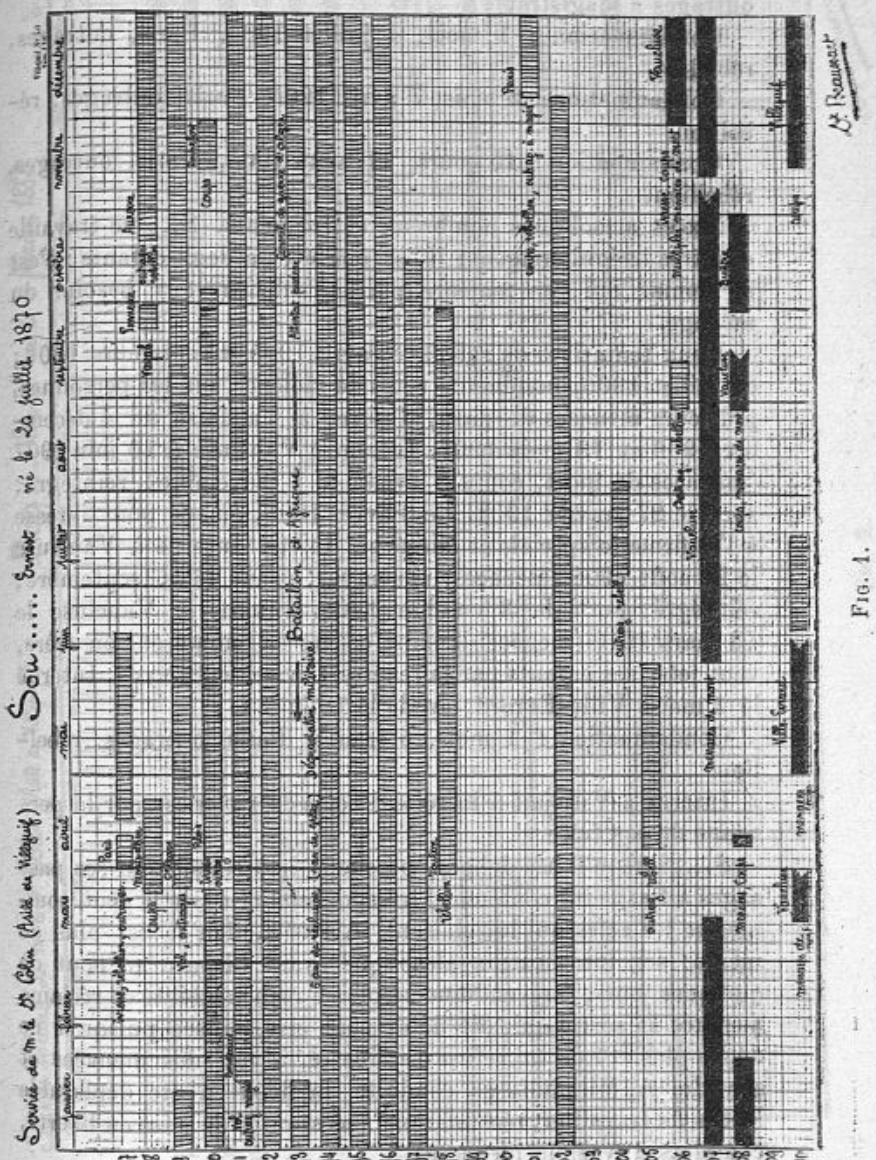

Service de M. le Dr Colin (Asile de Villejuif)
Sou..... Soeur née le 25 juillet 1870
Bataillon d'Afrique
Dr Raviart

FIG. 1.

©BIUM

Condamnation : 18 mois, 9 décembre 1901, Paris, coups, outrages à magistrat.

Condamnation : 1 mois, 4 juillet 1904, Paris, outrages, rébellion.

Condamnation : 2 mois, 7 avril 1905, Paris, outrages, rébellion.

Condamnation : 15 jours, 17 août 1906, Paris, outrages, rébellion.

Excès alcooliques nombreux et fréquents. S... ne travaille que très irrégulièrement ; il est marié et a deux enfants ; c'est sa femme qui, en majeure partie, subvient aux besoins du ménage.

Deux tentatives de suicide en avril 1905 et septembre 1906 ; en juillet 1906, nombreux actes de violence sur les personnes, plusieurs menaces de mort. Interné à Vaucluse du 4 décembre 1906 au 13 mars 1907. Interné à Vaucluse le 10 juin 1907 (menaces de mort, coups) ; évadé le 7 novembre ; réintégré ; sorti le 27 janvier 1908. Le 8 avril 1908, amené pour ivresse à l'Infirmerie spéciale et laissé en liberté. Interné à Vaucluse le 26 août 1908 (menaces, violences) ; évadé le 16 septembre ; réintégré ; sorti le 3 octobre 1908. Interné à Vaucluse le 13 mars 1910 (menace de mort contre sa femme et son frère, veut jeter ses enfants par la fenêtre) ; évadé le 1er avril. Interné le 2 mai à Ville-Evrard ; évadé le 13 juin.

Condamnation : 1 mois, 5 francs, Paris, outrages, rébellion.

Interné à Villejuif à la suite d'actes de violences sur la personne de son frère.

S..., lorsqu'il est dehors, proclame hautement que ses passages à l'asile lui confèrent l'irresponsabilité et qu'il peut commettre les actes qui lui plaisent. A l'asile, il n'en est plus de même ; son intoxication alcoolique ayant disparu au bout de quelques jours, il revendique sa pleine responsabilité et réclame aussitôt sa sortie qui, dit-il, ne peut être refusée puisqu'il ne délire plus. Si on lui refuse sa liberté, il fait des menaces et s'évade. A Villejuif, sa conduite du début a été déplorable (refus de travailler, réclamations incessantes de mise en liberté, complots d'évasion, menaces).

Obs. IV. — Bo..., Charles, né le 5 février 1883, à Paris ; mécanicien (fig. n° 2).

Alcoolisme ; impulsivité, violences, agressivité sous l'influence des excès de boisson

©BIUM

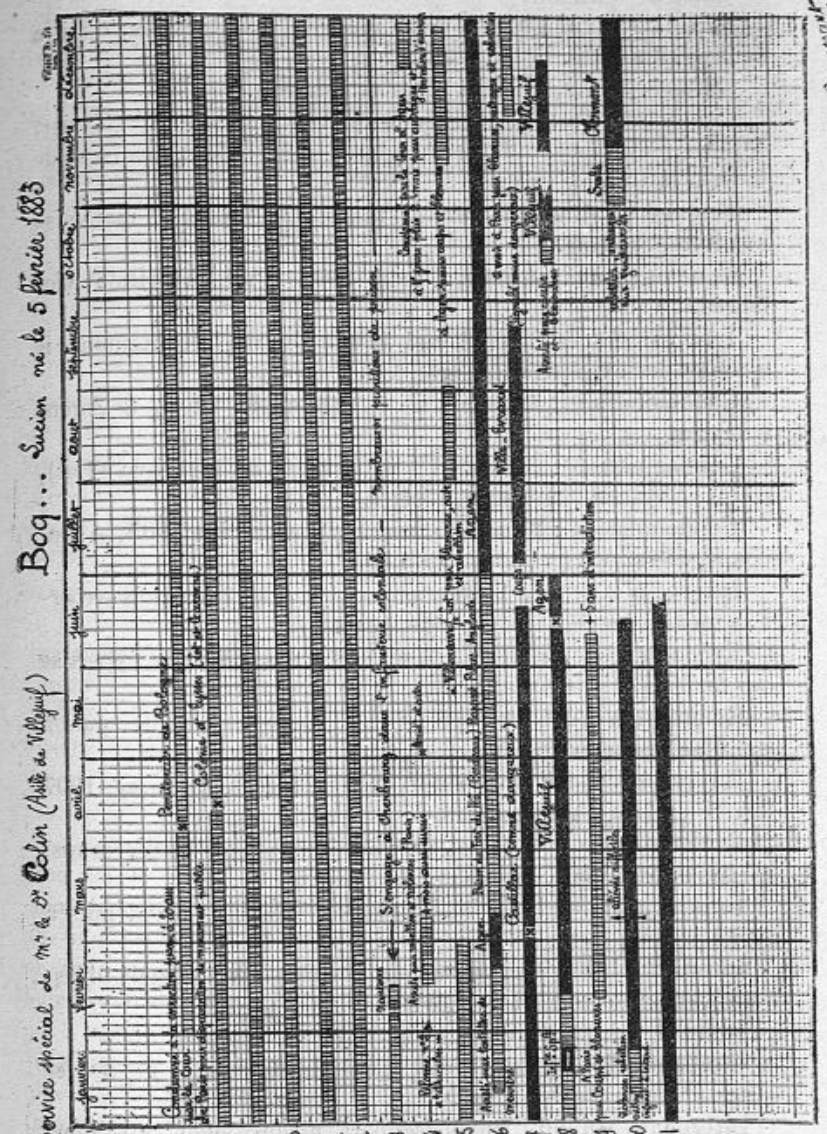

Service spécial de M. le Dr Colin (Asile de Villejuif)
Bog... Lucien né le 5 février 1883
1897
1898
1899
1900
1901
1902
1903
1904
1905
1906
1907
1908
1909
1910
1911

FIG. 2.

©BIUM

Entré à la 3e section le 7 mars 1910, venant de la 2e section hommes de Villejuif.

Sorti le 13 juin 1910 pour se rendre à La Rochelle, où il a du travail assuré.

Enfant naturel. Violent dans sa jeunesse.

Condamnation : Correction jusqu'à vingt ans le 1er février, à Paris, dégradation de monument. — Complots, menaces de mort à la Colonie d'Eysse.

Engagé à vingt ans dans l'infanterie coloniale, mauvaise conduite, réformé.

Condamnation : 4 mois, 7 mars 1904, Paris, rébellion, violences.

Traumatisme cranien en mai 1904. Durant le traitement, il commet des excentricités, profère des menaces.

Condamnation : 2 mois, le 14 décembre 1904, à Agen, outrages.

Condamnation : 1 mois, 2 août 1905, Villeneuve (Lot), coups, blessures, outrages, rébellion.

Condamnation : 2 mois, 5 francs, 15 novembre 1905, Agen, coups, blessures.

Interné à Agen du 21 février au 10 mars 1905 après expertise médico-légale (tentative de meurtre).

Reconnu responsable, il est soumis à une nouvelle expertise qui le déclare irresponsable.

Réintégré à Agen du 2 juillet 1906 au 4 mars 1907, puis à Cadillac jusqu'au 20 juin 1907.

Interné à Ville-Evrard du 4 juillet au 21 septembre 1907 (arrêté en état d'ivresse ; menaces avec un couteau).

Condamnation : 6 mois, 3 décembre 1907, Paris, coups, blessures, outrages, rébellion.

Interné à Villejuif du 13 février au 12 juin 1908, puis à Agen jusqu'à la fin de juin.

Interné à Villejuif après rapport médico-légal (coups et blessures), du 23 octobre au 7 novembre 1908 (évasion).

Réintégré du 22 novembre au 16 décembre 1908.

Condamnation : 4 mois et 5 ans d'interdiction, 11 février 1909, Paris, rébellion, coups.

Interné à Villejuif après rapport médico-légal (rébellion, violences, outrages), le 26 janvier 1910.

A la 3e section, il s'est montré indemne de tout délire, étant guéri de l'intoxication alcoolique ; il s'est occupé d'une façon très active, mais n'a cessé de réclamer sa sortie. « Il est bien

difficile de refuser la mise en liberté, disions-nous dans le certificat de sortie, en attendant que la loi nouvelle sur les aliénés permette d'appliquer à l'entrée et à la sortie des aliénés difficiles les sanctions judiciaires indispensables. »

B... n'a pas tardé à provoquer de nouvelles mesures judiciaires et administratives. En novembre, il s'est fait arrêter pour outrages et rébellion, puis après expertise médico-légale, a été interné à Clermont.

(*A suivre.*)

©BIUM

Revue critique.

LES THÈSES DE MÉDECINE MENTALE

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE

1910-1911

Par le Dr Roger DUPOUY

Suite et fin (1).

XII. — Maurice Fourcade. *La constitution émotive.* — Exposé des idées de Dupré sur l'émotivité morbide et la constitution émotive. Rappelons les caractères de celle-ci : l'exagération dans leur instantanéité plutôt que dans leur vitesse des réflexes tendineux, pupillaires et cutanés ; l'hyperesthésie sensitive et sensorielle ; le déséquilibre des réactions motrices et sécrétoires ; la tendance aux spasmes, notamment dans les muscles lisses ; le tremblement ; l'intensité et la diffusion anormales des effets physiques et psychiques des émotions. L'activité psychique des sujets doués de cette constitution pathologique est dominée par cette triade symptomatique : hyperémotivité, hyperaffectivité et affaiblissement volontaire, d'où latence émotive, attente anxieuse rudimentaire, avec paroxysmes au moindre heurt.

Par suite du déséquilibre émotif constant qui la caractérise, cette constitution devient un terrain merveilleusement prédisposé aux maladies de l'émotivité,

(1) Voir les *Annales* d'août-septembre 1912.

©BIUM

aux syndromes morbides à base émotive, phobies, obsessions, impulsions, à la cyclothymie et à la psychose maniaque-dépressive. Elle favorise enfin puissamment les manifestations de l'hystérie, psychose de suggestibilité (pithiatisme) se développant à la faveur d'une psychoplasticité mythomaniaque et de la neurasthénie, psychonévrose de fatigue et d'épuisement.

XIII. — Jean Rouby. *Contribution à l'étude de la presbyophrénie.* — Ce terme de presbyophrénie a été imaginé par Kahlbaum pour désigner certains troubles spéciaux que l'on observe chez les vieillards et qui sont caractérisés surtout par l'amnésie continue, la désorientation, les fausses reconnaissances et la fabulation. Mais c'est Wernicke qui, le premier, isola ce syndrome et le décrivit comme une variété de démence sénile analogue, dans son ensemble, à la psychose de Korsakoff. La question a été ces derniers temps l'objet de discussions animées : les uns voulant faire de la presbyophrénie une entité clinique ; d'autres n'y voyant qu'une variété de confusion mentale chez des séniles (délire onirique des gens âgés de Régis) ; certains enfin, avec Dupré et ses élèves, la considèrent comme une « psychopolynévrite insidieuse et d'emblée chronique ou consécutive à une polynévrite aiguë avec syndrome de Korsakoff ayant évolué vers la chronicité ».

Suivant les idées de M. Dupré, M. Rouby distingue dans la presbyophrénie le syndrome psychopathique et le syndrome polynévritique. Le premier comprend comme signes principaux des troubles de la mémoire (amnésie antérograde, de fixation ou d'acquisition, amnésie rétrograde, de conservation ou de reproduction), de la désorientation dans le temps et dans l'espace, de la confabulation (fabulation complémentaire, post-onirique, paramnésique et amnésique, mythopathique), des fausses reconnaissances, des troubles intellectuels consistant en affaiblissement plus apparent que réel, diminution allant parfois jusqu'à l'abolition de l'attention spontanée, automatisme et monotonie des associations d'idées contrastant avec une conservation relative du jugement et l'intégrité presque complète du sens moral, inconscience de la situation, euphorie pathologique, idées délirantes plus ou moins accusées et de

©BIUM

type onirique avec illusions et hallucinations à prédominance vespérale et nocturne, cauchemars, agitation anxieuse ou somnolence et apathie.

Les troubles polynévritiques, *lorsqu'ils existent*, se manifestent par de la parésie des membres inférieurs, l'abolition des réflexes tendineux, ou même de l'ataxie ; parfois on peut observer différents troubles dans le domaine de la sensibilité ou des troubles de la nutrition, etc.

En général, ces symptômes polynévritiques varient toujours d'intensité ; sont parfois légers, alors que les troubles mentaux sont très accusés, *si légers même qu'ils peuvent bien passer inaperçus. Peut-être même dans certains cas, font-ils totalement défaut.*

M. Rouby entreprend ensuite un diagnostic différentiel, bien difficile, entre la presbyophrénie, la psychose de Korsakoff, la confusion mentale, la démence sénile et les délires oniriques. Nous ne le suivrons pas dans ses efforts, si consciencieux soient-ils, parce que l'on ne peut pas, à notre avis, séparer de ses éléments pathogéniques, un syndrome qui appartient à la fois à la sénilité et à la confusion mentale avec onirisme. Quant à la psychose de Korsakoff, ce n'est pas une affection, mais un syndrome confusionnel doublé de signes polynévritiques ; presbyophrénie et psychopolynévrite font partie de la même forme clinique, la confusion mentale, et si la première possède en outre le cortège neurologique de la polynévrite, je ne vois entre l'une et l'autre aucune différence, sinon des conditions étiologiques, vraiment accessoires.

Une étude des données actuelles, étiologiques, pathologiques et anatomo-pathologiques, termine ce travail, sérieusement étudié et certainement des plus louables, auquel je ne puis faire qu'un reproche, c'est d'accepter sans discussion aucune une idée qui me paraît des plus délicates à défendre, celle de l'existence d'une *psychopolynévrite sans polynévrite cliniquement appréciable.*

XIV. — Elie Clos. *Des séquelles psychiques de la méningite cérébro-spinale.* — Les séquelles psychiques sont malheureusement très fréquentes après la méningite cérébro-spinale à méningocoques, la seule qu'ait retenue l'auteur, et atteignent environ 50 p. 100 des

cas. Elles se manifestent surtout par une atteinte du caractère et de l'humeur, irritabilité, diminution de l'affectivité, etc. ; parfois aussi les facultés intellectuelles paraissent nettement affaiblies. Une certaine prédisposition aux troubles mentaux demeure la conséquence presque fatale de l'affection ; mais il semble qu'assez souvent un état démentiel soit son triste aboutissant. La thèse eût évidemment gagné à être faite par un psychiatre ; telle qu'elle est, elle contient déjà de précieuses observations.

XV. — Jean Le Quéré. *Les fugues chez les paralytiques généraux.* — Cette simple mention suffira, je crois, à qui voudra établir sur ce sujet une bibliographie rigoureusement complète.

XVI. — Octave Crutel. *Les états mélancoliques dans la paralysie générale.* — Le délire dépressif dans la paralysie générale est moins fréquent que le délire expansif. Sa forme la plus commune est le délire hypochondriaque. Il est en général vague, peu absorbant, très mobile, malgré tout assez persistant. D'abord vraisemblables et admissibles, elles ne tardent pas à devenir franchement absurdes et délirantes, s'accompagnant assez souvent d'idées de négation et de négativisme, parfois d'idées mélancoliques ou de persécution. Il existe, en outre, dans la paralysie générale, une forme de délire mélancolique pur qui, lorsque l'affaiblissement est encore peu marqué et que les signes physiques ne sont pas encore apparus, peut prêter à la confusion avec une psychose mélancolique. Aussi est-il de première importance de rechercher les prodromes de la maladie, afin de dépister, dès son apparition, la mélancolie paralytique ou préparalytique.

XVII. — Jean Vinchon. *Délires des enfants.* — Thèse faite dans le service de la colonie de l'asile de Vaucluse et dont voici les conclusions :

1° Le pronostic des délires des enfants et des jeunes gens est très grave puisque, si 37 p. 100 guérissent, 14 p. 100 seulement peuvent être rendus définitivement à la vie sociale, des troubles variés maintenant les autres à l'asile. Ceux qui ne guérissent pas sont atteints de psychoses périodiques (10 p. 100), de psychoses chroniques (12 p. 100) et de démences précoces (37 p. 100);

©BIUM

2° Presque tous sont des héréditaires. L'hérédité similaire, assez rare, peut être rencontrée. L'hérédité n'est qu'une cause prédisposante, ayant une valeur pronostique complémentaire ;

3° Les antécédents personnels au moment de la vie fœtale, de l'accouchement, de la première enfance, sont des éléments de pronostic importants puisqu'ils se rencontrent surtout chez les déments précoces ;

4° La débilité mentale est un terrain sur lequel toutes les affections que nous étudions peuvent évoluer ;

5° Les émotions et surtout les intoxications et les infections jouent un rôle étiologique important. On rencontre ces causes surtout chez les malades guéris ou atteints de psychoses périodiques. Leur constatation est moins grave, en quelque sorte, que leur absence, cette absence étant plus fréquente dans les psychoses chroniques et la démence précoce ;

6° Les troubles nerveux : chorée, hystérie, n'influent pas sur le pronostic ;

7° Le mode de début paraît indifférent ; de même le contenu du délire, sauf peut-être pour les idées de grandeur ;

8° Dans certaines psychoses chroniques la constatation d'une constitution délirante dans les antécédents personnels est d'un fâcheux pronostic ;

9° Les hallucinations, sauf quand elles ont une cause toxique évidente, sont un symptôme très grave.

XVIII. — Paul-Louis Couchoud. *L'asthénie primitive.* — L'asthénie décrite ici est le syndrome pathologique qui consiste dans la diminution générale des forces. Elle est constituée par deux symptômes indispensables et suffisants : l'affaiblissement général des fonctions musculaires, le ralentissement général des fonctions psychiques, et ne comprend donc pas les asthénies partielles ou locales. L'asthénie n'est pas la dépression, mais une dépression caractérisée par les deux faits suivants : 1° Elle est en apparence spontanée, c'est-à-dire elle n'est pas consécutive à une dépense de forces ; 2° elle n'est pas modifiée par le repos et persiste un temps suffisamment long sans changement. Toute dépression qui ne suit pas immédiatement une excitation ou qui ne lui est pas pro-

©BIUM

portionnée et qui tend à se prolonger est de l'asthénie.

L'asthénie est primitive ou secondaire, secondaire à la douleur, physique ou morale, aux hémorragies et anémies, à certaines intoxications ou infections. M. Couchoud fait remonter la description du syndrome primitif à Esquirol, qui aurait reconnu le caractère typique de son évolution, la périodicité, mentionné l'alternance possible avec la manie, et l'aurait séparé de la lypémanie ; le terme même d'asthénie reviendrait à Brachet, mais il perdit rapidement l'exacte signification dont celui-ci l'avait doté. L'asthénie devint la mélancolie sans délire, la dépression mélancolique, la tristesse passive, formes atténuées de la mélancolie, alors que pour l'auteur elle a avec la mélancolie vraie une différence de nature. On la confondit pareillement avec l'hypocondrie, la stupidité et la confusion mentale ; elle fut enfin englobée dans la neurasthénie, puis la psychasthénie, jusqu'au jour où J. Tastevin conçut son syndrome complet, le séparant de tout trouble émotionnel et l'opposant clairement à l'hypersthénie ou manie.

Sans cause apparente ou pour une cause insuffisante, tout d'un coup ou progressivement les forces d'une personne ont diminué et ne se sont plus relevées. Telle est en bref l'asthénie primitive. Tous les symptômes se ramènent à un seul : la diminution des forces, manifestée par l'affaiblissement musculaire et par le ralentissement psychique. Les symptômes douloureux, physiques produits par le moindre surmenage, moraux provoqués chez le malade par la conscience de son impuissance et de sa déchéance, sont secondaires, accessoires, inconstants. C'est le sentiment de fatigue qui domine tout, d'où immobilité, lenteur et faiblesse des mouvements, attitude affaissée, travail spontané, provoqué et physiologique considérablement diminué, sécrétions à demi taries, effondrement de tout l'être physique et moral, lenteur et pauvreté de l'idéation, rétivité de la fixation des impressions et de l'évocation des souvenirs, limitation de toutes les émotions et de tous les appétits. « Sans pensée, sans mémoire, sans émotion, sans désir, sans plaisir, l'asthénique peut se croire sans vie. » Il languit et s'ennuie, mais il peut ne pas souffrir.

©BIUM

Le moindre effort physique surmène le malade et exagère le tableau, déterminant de l'insomnie, de la céphalée, des vertiges, des accès d'anéantissement. De même, « l'asthénique moyen qui n'accepte pas son impuissance avec résignation et qui s'obstine en vain à la surmonter présente encore une réaction mentale inévitable, toute naturelle, qui est la douleur morale. Selon son caractère, il se préoccupe, ou se désole, ou se désespère ; il est triste, ou inquiet, ou anxieux ; il se lamente, ouappelle la mort, on se la donne. C'est ce qui le fait confondre avec un mélancolique ». L'asthénie est une affection inquiétante et désespérante au plus juste titre ; mais la douleur morale ne devrait pas être considérée comme un de ses symptômes même secondaire et accessoire, elle en est seulement une des conséquences naturelles.

L'asthénie primitive se comporte souvent comme une affection congénitale, latente, débutant quelquefois dans l'enfance ou à la puberté, plus ordinairement vers vingt ans, d'autres fois plus tard, aux approches même de la sénilité. Elle peut enfin succéder à une première atteinte d'asthénie secondaire, post-douloureuse notamment. Héréditaire ou acquise, sa durée est indéfinie. Habituellement elle évolue par accès. On distinguera quatre formes cliniques : l'asthénie périodique simple, l'asthénie-manie périodique, l'asthénie chronique rémittente, l'asthénie-manie circulaire.

Le diagnostic différentiel de l'asthénie primitive est à faire avec l'asthénie secondaire, la mélancolie, l'aboulie, les états obsédants, les états confusionnels, la catatonie, la neurasthénie, l'apathie. Nous ne retiendrons que celui de la mélancolie, le plus délicat. Voici comment l'auteur résume les rapports de la douleur morale et de l'asthénie :

1° *Le rapport est inverse.* Dans la mélancolie, la douleur morale précède l'asthénie ; dans l'asthénie primitive, l'asthénie précède la douleur morale ;

2° *Le rapport n'est pas de même nature.* Dans la mélancolie, l'asthénie est produite directement par la douleur morale en vertu d'une loi physiologique. Dans l'asthénie primitive, la douleur morale est causée indirectement par l'asthénie, en passant par l'intermédiaire

du jugement que porte le malade sur sa situation nouvelle ;

3° Dans la mélancolie, la douleur morale est le phénomène morbide, l'asthénie en est la conséquence normale. Dans l'asthénie primitive, l'asthénie est le phénomène morbide, la douleur en est la conséquence normale ;

4° En certains cas exceptionnels, l'asthénie normale dela mélancolie est l'origine d'accès d'asthénie pathologique, c'est-à-dire d'asthénie primitive périodique. En certains cas plus rares encore, la douleur morale normale de l'asthénie est l'origine d'un accès de douleur morale pathologique, c'est-à-dire de mélancolie.

Cette thèse est très étudiée ; elle est parfaitement conduite ; elle est merveilleusement écrite (M. Couchoud est un de nos plus distingués agrégés de philosophie, ancien normalien). Mais son point de départ est-il juste? Doit-on différencier l'asthénomanie primitive de la mélancolie, remplacer la psychose maniaque-dépressive par l'asthénomanie périodique, décrire comme deux affections distinctes la dépression simple, asthénique, et la mélancolie délirante? Tout est là ; et c'est précisément ce que je me demande.

XIX. — Daniel Morat. *Le sang et les sécrétions au cours de la morphinomanie et de la désintoxication.* — A. Etude des variations hématologiques survenant chez les morphinomanes et les héroïnomanes pendant leur cure de désintoxication par la méthode rapide qu'emploie Sollier au sanatorium de Boulogne, dont le but est d'activer toutes les fonctions glandulaires, d'exciter tous les émonctoires pour activer leur fatigant travail de sécrétion et d'excrétion qui est le prix de toute désintoxication après sevrage. Le sang ne subit pas d'altérations importantes du fait de l'intoxication par la morphine ou l'héroïne : très légère anisocytose sans poïkilocytose, légère hyperglobulie, diminution de la résistance globulaire rouge et blanche. Pendant la désintoxication rapide, l'on note : une coagulabilité plus rapide, des modifications numériques, morphologiques et physiologiques des hématies et des leucocytes, hyperglobulie, apparition de macrocytes, microcytes, poïkilocytes, hématies hypercolorées et granuleuses, abais-

©BIUM

sement de la richesse et de la valeur globulaire, augmentation de la résistance globulaire rouge, leucocytose, d'abord à poly, puis à monos et à éosinophiles avec apparition d'espèces anormales, grands macrophages et myélocytes, diminution de la résistance leucocytaire.

B. Etude des sécrétions et excrétions chez ces mêmes sujets pendant l'intoxication, au moment du sevrage et pendant la convalescence : diminution considérable de la sécrétion biliaire, salivaire, gastrique, intestinale, sudorale, génitale, d'un côté ; activité cellulaire et hypersécrétion glandulaire énormes de l'autre. De ce chapitre, une notion importante est à retenir, celle relative aux troubles urinaires : la fonction urinaire, d'après les recherches de l'auteur, est peu troublée du fait de l'intoxication morphinique (légère diminution quantitative). Le morphinisme ne crée *ni albuminurie, ni glycosurie*. En revanche, la suppression du toxique apporte de gros troubles dans la fonction : diminution considérable de la quantité d'urine (oligurie en rapport avec les évacuations extrêmement abondantes du tube digestif, vomissements, diarrhées, salivation), albuminurie parfois considérable formée de sérine, passagère (sept à dix-huit jours), avec cylindres cellulo-granuleux. Cette albuminurie « ne peut être la conséquence de troubles cardio-vasculaires, trop faibles pour créer une production d'albumine aussi intense ; ni la conséquence d'une congestion rénale aiguë, ni d'une néphrite autotoxique, qui se manifesteraient par des symptômes d'ordre général, par la présence de cylindres hématiques dans l'urine et qui ne se termineraient point d'une façon aussi rapide et sans laisser de traces. Cette albuminurie, étant donné les leucocytes malades et altérés qui se rencontrent à cette période dans le sang, étant donné l'exode leucocytaire à travers l'épithélium rénal, doit être classée dans les albuminuries leucopathiques décrites par Feuillié ».

C. Interprétation des résultats obtenus. Parallèle entre la réaction sanguine de la désintoxication et celle des infections aiguës. Panégyrique de la méthode de suppression rapide, type Sollier. « Les conclusions de cette étude nous montrent l'utilité de la méthode dite d'élimination consistant en l'emploi des purgatifs

©BIUM

répétés, de la diurèse, des sudations, etc., ces pertes séreuses ayant pour but : 1° de débarrasser l'organisme du toxique dont il est imprégné ; 2° de faciliter l'exonération des sécrétions glandulaires ; 3° d'activer l'hématopoièse ; 4° de faciliter l'expulsion des produits de désintégration cellulaire résultant de la rénovation des différents tissus de l'organisme. Et elles nous expliquent également l'utilité des injections de sérum qui favorisent l'hématopoièse et augmentent la diurèse, et celles de la diète liquide qui facilite l'activité leucocytaire ».

XX. — Gaston Kuenemann. *E. T. W. Hoffmann. Etude médico-psychologique.* — L'auteur dresse Hoffmann en face de Poë pour montrer combien ils sont différents. Poë est le type du dipsomane, de l'aliéné raisonnant qui ne boit que par accès, lorsque sa crise le prend, et chez qui l'alcoolisme n'est qu'un phénomène secondaire. Hoffmann, au contraire, est le type de l'alcoolique, de l'intoxiqué chronique, qui boit par plaisir et par habitude et non pour obéir à une impulsion irrésistible et intermittente.

La vie d'Hoffmann est des plus mouvementées. Fils de parents déséquilibrés, désunis et séparés, élevé par sa mère et son oncle, il est d'abord destiné à la magistrature malgré le goût très vif qu'il témoigne pour les arts, musique, dessin, peinture, et pour la littérature. Il est nommé au Conseil de régence de Posen. Des caricatures dont il est l'auteur le font envoyer en disgrâce. La guerre survient ; il perd la place qu'il occupe à Varsovie. Successivement ou simultanément, on le trouve chef d'orchestre, compositeur, metteur en scène, peintre de décors et de tableaux, littérateur, juriste et Conseiller à la Cour, tour à tour dans l'opulence et la misère, mais toujours aimant bien boire, habitude prise depuis ses débuts à Posen. Son hérédité est lourde : le père est un instable, doté d'un tempérament artistique exubérant, mais exalté et insouciant de toutes choses, lui-même fils d'une mystique délirante ; la mère, cousine germaine de son mari, est une débile scrupuleuse, mélancolique, se contagionnant au délire de sa belle-mère et tante et versant elle aussi dans un délire mystique.

Remarquablement intelligent, Hoffmann est aussi un

©BIUM

taré ; c'est un sensitif, un déséquilibré de l'imagination, un hypoboulique indécis et instable. Artiste exceptionnellement doué, il se met à boire à vingt-quatre ans, lors de son entrée dans la magistrature, et se livre désormais au vin, au vin fin de préférence, et à l'alcool, le rhum principalement. Et de ce jour c'est l'irritabilité, le désordre (sauf dans son métier de juriste et de conseiller) et le délire. Son intelligence semble être demeurée intacte jusqu'à la fin, mais douloureusement impressionnée par un délire onirique subcontinu et paroxystique, par des cauchemars et des hallucinations terrifiantes.

Enfin une polynévrite alcoolique s'installe et rapidement l'emporte prématurément, à quarante-six ans.

L'œuvre de Hoffmann, à la fois littérateur, peintre, et musicien, est considérable. L'écrivain seul est passé à la postérité. A côté d'un fantastique d'emprunt dû à ses fréquentations médicales, on trouve dans ses contes un autre fantastique absolument personnel, et dont il puise les éléments en lui-même, dans son propre délire onirique.

XXI. — Joseph Tastevin *L'asthénomanie post-épileptique*. — Un peu prétentieusement (mais qu'importe la forme...), l'auteur explique qu'il a, dans un travail récent, donné le nom d'*asthénie* à « un syndrome constitué par les deux éléments fondamentaux suivants : l'*amyosthénie* et l'*anidéation* et que pour lui les accès mélancoliques de la psychose périodique ne sont autre chose que des accès d'asthénie, pendant que les accès maniaques sont des accès d'hypersthénie. Les psychoses périodiques deviennent ainsi des névroses, — ou mieux des psycho-névroses, si l'on tient compte de l'effet qu'exercent sur l'idéation l'insuffisance ou la surabondance de l'influx nerveux, — d'où le nom de dysthénies périodiques que j'ai proposé pour les dénommer ». Il nous expose ensuite sa conception des asthénomanies secondaires. L'asthénie des dysthénies périodiques est dite primitive (et nous en avons vu l'étude dans la thèse de M. Couchoud), mais le syndrome asthénique peut être déterminé par l'action d'agents épuisants, douleur physique ou émotionelle, infection typhoïdique, grippale, hémorragie, traumas, ictus, etc. ; l'asthénie

©BIUM

est dite alors secondaire. Or, il peut arriver chez certains individus qu'à la suite de l'action d'un agent athénisant intense, le phénomène de réparation, c'est-à-dire de recouvrement progressif des forces physiques et mentales du sujet, se poursuive encore après que l'état normal a été atteint, et le dépasse par conséquent, déterminant l'apparition du syndrome opposé, l'hypersthénie ou excitation maniaque, caractérisée par de l'hyperactivité idéative et motrice : ainsi se trouve réalisée l'asthéno-manie secondaire.

C'est dans ce groupe des asthéno-manies secondaires que M. Tastevin range certains états d'excitation que l'on rencontre chez les épileptiques à la suite d'attaques et qu'il distingue soigneusement de la colère furieuse, faite d'irritabilité et d'impulsivité plus ou moins consciente, et des états de confusion mentale agitée avec délire hallucinatoire et réactions violentes. L'excitation hypersthénique post-comitiale « s'établit progressivement et succède à l'état d'asthénie qui fait suite aux attaques : elle résulte de la prolongation au delà de l'état normal du phénomène de recouvrement graduel des forces que traduit la disparition de l'asthénie ». Les accès de manie post-épileptique sont de courte durée, cinq à six jours en moyenne, au bout desquels le sujet revient à la normale. Il y a lieu d'admettre pareillement des asthéno-manies secondaires post-éclamptique et post-épileptiforme qui ne sont que des cas particuliers de l'asthéno-manie post-épileptique.

Voilà, certes, une thèse très personnelle, une thèse originale et qui tranche nettement sur le ton généralement neutre des travaux de ce genre. Je ne puis que féliciter M. Tastevin d'avoir tant d'idées neuves ; mais avant de chasser la mélancolie du cadre de la psychose maniaque-dépressive, avant d'assimiler les états de shock ou de torpeur aux dépressions périodiques et certains états maniaques euphoriques, sans ou avec confusion mentale, à la manie franche, avant d'accepter la signification spéciale (hypersthénie secondaire à un état d'asthénie) de ces états maniaques post-apoplectiques, traumatiques, infectieux ou toxiques, je demande encore à réfléchir, à observer et à discuter.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 28 OCTOBRE 1912

Présidence de M. KLIPPEL, président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Delmas, Dupouy, Fillassier et Lagriffe, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Juquelier, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre de M. Libert, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant ;

3° Une lettre de M. Ossip-Lourié, professeur honoraire de l'Université nouvelle de Bruxelles, qui demande à faire partie de la Société en qualité de membre correspondant. — Commission : MM. Klippel, Ritti et Capgras, rapporteur ;

4° Une lettre de M. Porot, médecin du service des aliénés de Tunis, qui demande à faire partie de la Société en qualité de membre correspondant. — Commission : MM. Arnaud, Pactet et Sémelaigne, rapporteur ;

5° Une lettre de M. Beaussart, médecin-adjoint des asiles d'aliénés, qui demande à faire partie de la Société en qualité de membre correspondant. — Commission : MM. Briand, Toulouse et Colin, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° Le programme du premier Congrès de pathologie comparée ;

2° Le recueil des travaux de la Société de psychiatrie,

de neurologie et de médecine légale de Buenos-Aires, année 1911 ;

3° *L'Enfance anormale*, numéros de juillet et de septembre 1912.

Présentation d'une trousse neuro-psychiatrique,

par M. LAGRIFFE.

Les affections mentales sont des infirmités ou des maladies du cerveau dont le siège et la lésion, physique ou chimique, ne sont évidemment pas toujours connus, mais dont la base organique ne fait plus, aujourd'hui, de doute pour personne.

Aussi ces affections se traduisent-elles, non seulement par des troubles psychologiques, mais encore par des modifications et par des altérations physiques congénitales ou acquises. Ce retentissement périphérique est lui-même plus ou moins marqué, il correspond soit à la maladie, soit à l'état constitutionnel sur lequel cette maladie a pu ou dû se développer ; il n'est donc pas douteux que l'examen d'un sujet atteint ou soupçonné atteint d'une affection mentale est incomplet lorsqu'il repose purement et simplement sur l'analyse psychologique du sujet. Certes, à la rigueur, cette analyse peut être considérée comme suffisante lorsque nous sommes entre nous, qui savons ce que parler notre langage veut dire ; mais, lorsque nous nous adressons à des personnes étrangères à la science et susceptibles de regarder notre spécialité avec défiance ou comme assez simple pour tomber sous le sens commun, je crois qu'il n'est pas inutile de montrer qu'elle n'est qu'un rameau détaché du tronc commun de la médecine et que, véritablement, elle n'est accessible qu'aux seuls médecins. Ceci, nous ne pouvons le faire qu'en nous livrant à un examen complet qui sera toujours susceptible de fournir à notre diagnostic une base et des éléments indispensables.

Particulièrement, lorsque nous nous adressons à des magistrats, comme médecins-experts, je crois que nous ne pouvons que gagner en autorité si nous faisons tous nos efforts pour montrer que notre science, toute impar-

©BIUM

faite soit-elle encore, ne se résume pas seulement dans un discours de forme et d'allures hermétiques, mais qu'en réalité elle repose sur des constatations où les signes physiques corroborent ou complètent les signes psychiques.

C'est pourquoi je crois devoir attacher à l'examen physique des aliénés ou des individus suspects une importance égale à l'examen psychique; et, j'ai la conviction que tout rapport médico-légal, dans lequel ces deux examens sont consignés, devient inattaquable ou difficilement attaquable, en même temps qu'il est de nature à graver dans l'esprit des magistrats cette notion primordiale : que les infirmités et les maladies mentales ne sont pas des infirmités et des maladies de l'âme, mais des infirmités et des maladies du cerveau auxquelles correspondent des troubles trophiques (signes de dégénérescence) dans le premier cas, des altérations périphériques physiques ou fonctionnelles dans le deuxième.

Or, l'examen physique complet des individus, c'est-à-dire celui qui a pour but de renseigner l'observateur, non seulement sur l'état des grands viscères, mais encore sur celui des fonctions sensitivo-sensorielles, nécessite un matériel qui, d'ordinaire, ne sort pas ou sort difficilement du cabinet médical, parce que les diverses pièces en sont encombrantes. Aussi, comme la plupart des examens médico-légaux se font dans la prison, quelquefois même dans une ville autre que celle dans laquelle réside l'expert, on recule toujours devant le transport de ce matériel et l'on se trouve contraint, par la force des choses, de négliger l'examen dont j'indiquais précédemment la valeur.

C'est pourquoi la pratique m'a conduit, non pas à créer, à proprement parler, mais à réunir et à ordonner dans une trousse, de transport facile, un matériel dont la plupart des éléments existent déjà. C'est cette trousse que j'ai l'honneur de vous présenter aujourd'hui. Je n'ai pas la prétention d'avoir fait là quelque chose de définitif : ce que vous allez voir est susceptible d'améliorations, de modifications et d'adjonctions ; mais la trousse que j'ai combinée m'a rendu, depuis près d'un an, de nombreux services, elle s'est toujours montrée suffi-

sante jusqu'ici; je crois qu'elle représente, au moins, le minimum de ce que l'on peut désirer emporter pour pratiquer, sinon un examen absolument complet, du moins un examen ordinairement très suffisant. Rien n'empêche, d'ailleurs, si l'attention a été attirée sur un point particulier, de diriger l'examen sur ce point en s'aidant, par extraordinaire, d'autres instruments ou d'instruments plus précis.

Je dois ajouter, en dernier lieu, que l'intérêt de cette trousse ne réside pas seulement dans son utilité au point de vue médico-légal. Elle peut constituer, aussi, le *vade-mecum* du neurologiste lui permettant, dans le cas de consultation à l'extérieur, par exemple, de faire immédiatement, et en dehors de son cabinet, un examen plus complet que ceux dont on se contente ordinairement.

La trousse neuro-psychiatrique se place facilement dans une serviette de dimensions moyennes, puisqu'elle mesure : $0^m,26$ de longueur, $0^m,19$ de largeur et $0^m,04$ d'épaisseur ; quant à son poids il est de 1 kil. 100.

L'examen de la sensibilité générale est assuré par un compas de Weber (pour les recherches sur la sensibilité à la température, je me sers ordinairement de la monture du dynamomètre qui renseigne sur les sensations de froid et de la paume de la main).

Pour l'examen des organes sensoriels, nous disposons : pour la vue, d'un ophtalmoscope, des échelles portatives des caractères et des couleurs de Galezowski, d'un périmètre réduit, que la pratique m'a montré être suffisant ;

Pour l'ouïe, d'un diapason et d'un spéculum qui peut aussi servir pour le nez ;

Pour le goût, nous avons une série de cinq flacons à agitateur de verre et contenant du sirop de sucre, de l'eau salée, du vinaigre, de l'acide acétique et du sulfate de quinine ;

Pour l'odorat, cinq flacons semblables renfermant : de l'eau de Cologne, de la teinture de benjoin, de l'alcool camphré, du sulfure de potasse et de l'ammoniaque.

Un marteau de Dejerine facilite l'examen des réflexes et l'examen des urines peut être pratiqué grâce à la présence d'un tube à essai contenant une petite lampe

©BIUM

à alcool pouvant brûler pendant près de dix minutes et accompagnée d'un flacon de liqueur de Fehling et d'un flacon de liquide d'Esbach.

Enfin, j'ai joint à ce matériel un ruban métrique.

Cette trousse est donc susceptible d'élargir le champ des recherches et c'est à ce titre que j'ai pensé qu'elle pourrait vous intéresser.

DISCUSSION

M. Arnaud. — Je trouve cette trousse pratique. Cependant, si j'ai bien suivi l'exposé de la présentation, il semblerait qu'il y ait toujours des signes physiques démontrables dans tous les cas d'aliénation. Il ne faudrait pas laisser croire que les signes physiques soient toujours constants.

M. Lagriffe répond à M. Arnaud qu'il n'a évidemment pas voulu donner aux signes physiques une importance qu'ils n'ont pas; mais il fait remarquer que, quand il ne s'agirait que de délimiter le terrain, sans lequel une affection mentale ne saurait, le plus souvent, se développer, l'examen physique conserve toute sa valeur. D'ailleurs, ces recherches sur l'état physique sont susceptibles de fournir souvent des renseignements inattendus. Il cite le cas observé il y a un an environ, qui se rapportait à un individu accusé d'un meurtre commis dans des conditions peut-être étranges, et ayant présenté dans sa seconde enfance de l'incontinence nocturne d'urine. Or, l'examen des urines, et cet examen rentre bien dans l'examen dit physique, montra l'existence d'un diabète azoturique qui était la cause évidente de l'incontinence.

M. Delmas pense qu'un sphygmomanomètre serait un complément indiqué à cette trousse.

M. Pactet. — J'ai remarqué que, dans les expertises que j'ai eu l'occasion de faire, les signes physiques retenaient le plus l'attention des magistrats.

©BIUM

Un cas de démence précoce chez une malade ayant présenté antérieurement des accès de délire intermittent,

par M. R. LEROY.

Si le diagnostic de la démence précoce est relativement facile dans les formes où l'affaiblissement intellectuel se montre rapidement, sinon d'emblée, avec ses caractères particuliers, il acquiert d'autres fois une grande difficulté. D'une part, en effet, le déficit mental est parfois si léger qu'il se réduit à une certaine lenteur d'associations d'idées et à un faible degré d'indifférence morale, laissant à peine soupçonner la démence. D'autre part, la fréquence et la durée des rémissions peuvent en imposer pour une folie intermittente.

Sans doute, en théorie, on devrait toujours pouvoir établir un tel diagnostic grâce aux connaissances psychologiques, bien établies aujourd'hui, sur les états mentaux dans telle ou telle psychose; mais la complexité du fonctionnement cérébral, l'influence individuelle du sujet, les réactions similaires produites par des causes différentes nous acculent quelquefois, en pratique, à d'extrêmes difficultés.

L'observation que nous vous présentons aujourd'hui est une nouvelle preuve de ce fait si connu des cliniciens.

Le 27 mai 1909, entrait à l'asile de Ville-Evrard, une jeune femme de trente ans, Marthe T..., femme Eng..., dans un grand état d'agitation avec hallucinations, idées mélancoliques et de persécution.

Les renseignements donnés par la famille sont les suivants : père *alcoolique*, brutal ; tante paternelle *suicidée* ; mère normale. La malade est la deuxième d'une famille de six enfants, *tous nerveux*, encore vivants. Marthe T... naquit à terme, en février 1879, ne souffrit pas de convulsions et eut une enfance et une adolescence normales. Vers l'âge de dix-huit ans, après avoir été hypnotisée par un ami, elle présenta un délire hallucinatoire avec idées de persécution ayant duré plusieurs semaines.

Une lettre de la mère donne sur cette crise les détails cir-

©BIUM

constanciés suivants : « La première fois que Marthe est tombée malade, elle tenait des propos bizarres et se montrait très agitée. Elle quitta sa patronne et arriva en sanglotant à la maison, disant que tout le monde lui voulait du mal ; on eut beaucoup de peine à la calmer. Elle est restée avec nous, environ trois semaines, très persécutée avec des alternatives de grande agitation et de mélancolie. La nuit, elle ne voulait pas du tout rester sans lumière, il lui semblait toujours que le plafond s'effondrait sur elle ou bien elle voyait des bêtes énormes dans la chambre quand la lampe était éteinte. Ensuite, elle est devenue méchante, on ne pouvait plus la laisser approcher des enfants, qu'elle voulait frapper. Nous avons même dû nous en séparer et la placer à l'hôpital de Coulommiers. Là, elle pleurait sans cesse. Peu à peu, elle est devenue moins mélancolique et elle s'est complètement remise au bout de deux mois. »

Marthe se maria en 1903, à l'âge de vingt-quatre ans, et rien ne faisait prévoir à cette époque qu'elle pourrait retomber malade. C'était, au dire de son mari, une femme très intelligente, de commerce agréable, s'occupant activement de son ménage et d'un important commerce d'antiquités. Sa nervosité était cependant extrême. Santé physique toujours excellente ; ni enfant, ni fausse couche.

En septembre 1905, pendant que son mari était à Boulogne-sur-Mer, elle vient un jour le rejoindre dans le plus grand état de surexcitation, se plaignant de la tête et d'insomnie. Elle avoue, tout en larmes, qu'elle a trompé son mari (ce qui serait exact), puis, au cours d'une scène de ménage, présente des hallucinations auditives, entendant des voix lui reprocher son adultère, s'excite, pousse des cris, veut se jeter à la mer. Les deux époux reviennent ensemble à Paris et la jeune femme, de plus en plus délirante, se fait arrêter sur la voie publique et est internée d'office.

Voici les différents certificats rédigés à cette occasion.

Préfecture (4 juillet 1905). — *Mélancolie anxieuse, accusations imaginaires, hallucinations, possession démoniaque, dit avoir trompé son mari qui est le diable. Des personnages imaginaires la poursuivent ; on l'injure ; on la traite de fille publique.*

Admission de Sainte-Anne (5 juillet 1905). — *Dégénérescence mentale avec hallucinations, dépression, idée de persécution, craintes d'empoisonnement, se dit poursuivie par le diable, remords, découragement, tendances au suicide.* Dr Magnan.

Ville-Evrard (10 juillet 1905). — *Mélancolie aiguë avec idées d'auto-culpabilité, hallucinations de l'ouïe, remords, idées de*

©BIUM

suicide, pleure du regret d'avoir gâché la vie de son mari et la sienne. Dr Kéraval.

La malade reste deux semaines dans le même état de mélancolie anxieuse, avec hallucinations auditives ; elle se montre très lucide, très consciente du milieu. L'amélioration arrive progressivement et elle sort très améliorée, à la fin du mois de juillet.

Rentrée à la maison, Marthe T... revient au bout de quelques jours dans son état normal : mêmes sentiments affectifs envers son mari et envers les siens, même aptitude au travail, se rappelant parfaitement tout ce qui s'est passé pendant sa crise. Une lettre écrite à la surveillante en chef de Ville-Evrard le 3 août 1905, c'est-à-dire quelques jours après sa sortie, montre sa parfaite lucidité. « Je m'attendais, dit-elle, si peu à partir samedi que, lorsqu'on est venu me dire de m'habiller, j'ai craint une nouvelle catastrophe. Je ne savais pas si je devais me réjouir ou m'attrister. Je voulais vous remercier des égards que vous avez eus pour moi, mais je savais aussi que mon mari devait s'impatienter, et je suis partie comme une malhonnête. Je tiens donc à réparer ma sottise. J'ai été très touchée des paroles bienveillantes que vous m'avez adressées pendant mon séjour à Ville-Evrard et vous prie d'agréer mes bien sincères remerciements. » Cette lettre, écrite spontanément, témoigne de l'amabilité de ses sentiments et de sa profonde reconnaissance.

Si Marthe était redevenue normale, elle se montrait cependant de plus en plus nerveuse et irritable avec une tendance à rechercher la solitude et à interpréter les paroles et les actes tout de travers, faisant sans motif des scènes à son mari, surtout au moment des règles.

Son intelligence, son jugement n'avaient pas baissé. Elle restait une commerçante capable autant qu'avisée.

Au commencement de février 1908 se déclare une troisième crise à peu près semblable aux précédentes : céphalée, insomnie, cauchemars, incohérence dans les propos, idées mélancoliques et de persécution, hallucinations auditives et visuelles, illusions. La malade est envoyée à la campagne chez ses parents, où elle se montre extrêmement violente et méchante. On l'espionne, on lui en veut; une petite statue placée dans sa chambre s'anime et lui parle ; les morts ressuscitent. Au milieu de ce désarroi mental, l'orientation et la lucidité restent complètes. La crise cesse au bout d'un mois et Marthe revient à la maison de commerce reprendre ses occupations. Elle reste comme toujours, dans l'intervalle des accès délirants, irritable et interprétante, sans affaiblissement intellectuel appréciable.

Un an après, en mars 1909, nouvelle crise. Marthe souffre de

©BIUM

la tête, perd le sommeil et, consciente de son mal, dit à son mari : « Je ne me sens pas bien, je vais être encore malade; pourvu que je ne reste pas folle tout à fait cette fois-ci. » Elle a peur, croit que l'on veut l'hypnotiser, entend des voix menaçantes et a des hallucinations terrifiantes visuelles nocturnes. Elle est d'abord placée dans une maison de santé particulière, puis envoyée à l'Admission de Sainte-Anne, où M. Juquelier rédige le certificat : *Dégénérescence mentale avec alternatives d'excitation et de dépression*; *actuellement, délire mélancolique, illusions et hallucinations*; *idées d'auto-accusation et de persécution. Tendance au suicide. Déjà traitée.*

C'est dans ces conditions que la malade entre pour la seconde fois à l'asile de Ville-Evrard, le 26 mars 1909. Nous nous trouvons en face d'une jeune femme agitée, mais lucide, reconnaissant les infirmières du service. Elle accuse des hallucinations de l'ouïe et des idées de persécution, on lui dit des grossièretés, elle voudrait se noyer ou se jeter par la fenêtre, tant la vie lui est à charge. Traitée d'abord à l'infirmerie, elle doit être placée au bout de quelques jours dans la section des agitées pour un véritable état maniaque avec agitation motrice intense, fuite des idées, illusion de fausse reconnaissance, mobilité extrême de l'humeur et de l'attention. Constamment en mouvement, elle crie, chante, se met nue en tenant des propos obscènes. Coléreuse et désagréable, elle met le trouble partout, insulte le personnel, donne de mauvais conseils à ses voisines de lit.

Cet état d'excitation augmente encore avec l'apparition des règles. Marthe frappe les malades, casse les carreaux, prend des poses d'une indécence sans limite, donne des noms à toutes les personnes qui l'entourent, dit que son mari est « un maquereau qui a semé sa graine partout ».

L'agitation reste à peu près telle pendant des mois avec une insomnie complète. Ce qui domine le tableau clinique, c'est la violence avec irritabilité morbide, la rapidité anormale des réactions et le caractère impulsif des actes, le bavardage incessant et grossier avec mobilité de l'attention et fuite des idées. On arrive cependant à fixer son attention et à obtenir des paroles raisonnables quand on lui dit, par exemple, de lire l'heure à à une montre ou de regarder un tableau. La malade sait bien « qu'elle est chez les fous » et demande impérieusement sa sortie. Elle ne peut souffrir les infirmières, mais aime bien l'interne du service; elle se plaint de ne pas avoir assez d'eau pour boire, de ne pas être servie assez vite. Ces quelques exemples montrent que Marthe ressemblait surtout à une maniaque et qu'on ne pouvait guère penser, à cette époque, à un affaiblissement intellectuel quelconque. Il n'existait ni indifférence, ni inconscience, ni amnésie. Elle recevait bien son mari.

©BIUM

Vers le mois de janvier 1910, l'excitation diminue un peu, sans que toutefois la malade puisse quitter la section des agitées. Elle se plaint de maux de tête intenses, et se montre hallucinée, causant avec des personnes imaginaires. Une ou deux fois, nous assistons pendant quelques jours à de légères rémissions, pendant lesquelles Marthe se calme à peu près complètement, se rend bien compte de son état, en ajoutant : « C'est curieux, quand je suis malade, je prends les personnes qui m'entourent ici pour des connaissances. »

En mars 1910, les hallucinations auditives et visuelles augmentent d'intensité. Le 24 mars, la malade cherche à se tuer ; elle demande un livre de messe pour prier, le laisse de côté en disant qu'une damnée n'a pas le droit de toucher un livre saint, qu'elle est perdue à tout jamais et qu'elle ira en enfer. Elle tombe dans un violent désespoir, se frappe la tête contre son lit, s'arrache les cheveux, se mord les genoux et les bras, mange ses matières fécales, essaie de s'asphyxier en mettant son drap dans sa bouche. Elle refuse toute nourriture et doit être alimentée à la sonde pendant plusieurs jours.

A partir de cette époque, l'état mental de Marthe ne fait qu'empirer et nous assistons peu à peu à une perte de l'attention de plus en plus grande, à une dissociation intellectuelle rapide. La fuite des idées se change en incohérence automatique, c'est une véritable salade de mots dont voici un échantillon : « J'ai pensé à Terminus, nous voici à la noce, c'est peut-être le lapin ou la moisson. Engrand a vu des fous en pensant au pie de chez Philippe. On s'est cassé la gueule sur moi. Mon père était notaire. J'ai manqué d'amour parce qu'il manquait d'aliments. Je louche aussi. C'est la tour Eiffel. Il est du chemin, c'est pas de la route, c'est international, j'ai entendu, bu et vu. On a oublié les tortures pour les *cincerelles*. Tu as pensé au cochon. »

On ne peut plus arriver à fixer l'attention de la malade qui débite ces mots d'une façon monotone sans s'occuper de ce qui sa passe autour d'elle, complètement inconsciente du milieu. L'attention spontanée disparaît comme l'attention provoquée. Quelques néologismes émaillent le discours. Marthe reste dans son lit, toujours excitée mais indifférente, malpropre, érotique, se masturbant fréquemment. On ne constate ni stéréotypies, ni grimaces, ni rires non motivés.

Elle reçoit très mal la visite de son mari et garde envers lui la même attitude incohérente et extravagante, semblant même ne pas le reconnaître. Elle est généralement hallucinée de la vue et de l'ouïe, répond à des être invisibles. L'agitation redouble chaque mois, au moment des époques, qui sont régulières.

©BIUM

Cet état se prolonge depuis deux ans et il est aujourd'hui certain qu'on se trouve en présence d'un état chronique d'affaiblissement intellectuel avec perte de l'attention, incohérence absolue, indifférence complète, agitation automatique. Ce changement s'est effectué progressivement dans un délai de huit mois environ. Jusqu'au commencement de 1911, je n'aurais pas osé porter le pronostic d'incurabilité, mais la chose me paraît maintenant indubitable.

En résumé, nous nous trouvons en présence d'une jeune femme de trente-trois ans, intelligente, de bonne santé physique, mais toujours nerveuse et héréditairement tarée, qui fait à dix-huit, vingt-six, vingt-neuf et trente ans, quatre crises de délire hallucinatoire à peu près semblables avec idées mélancoliques et de persécution. Les prodromes sont toujours les mêmes : insomnie, cauchemars, hallucinations. La malade semble normale dans l'intervalle. Pas d'affaiblissement intellectuel. Lors du quatrième accès caractérisé, en outre des idées délirantes habituelles, par un état maniaque intense, cette femme tombe dans un état démentiel avec dissociation intellectuelle et indifférence totales.

En raison d'une telle évolution, il semble bien qu'on ne puisse isoler chaque accès délirant et que l'on doive considérer ces quatre crises comme faisant partie de la même affection mentale qui, ayant débuté à dix-huit ans, a fini à trente ans par un état chronique. Nous serions en face d'une démence précoce ayant évolué par poussées successives, avec des rémissions remarquables et dont l'évolution démentielle a été si lente que l'affaiblissement de facultés ne s'est révélé qu'au bout de douze à treize années. La première rémission semble avoir été entière, puisque la malade a pu se marier et vivre d'une vie sociale tout à fait normale pendant huit ans ; les deux autres plus rapprochées ont été moins complètes, la malade conservant une certaine tristesse, de l'énervement et une tendance aux idées de persécution par interprétation.

Cette observation nous montre combien le diagnostic et le pronostic auraient été impossibles à établir pendant les premières années de l'affection.

En 1910, même, nous avions pensé nous trouver en

©BIUM

présence d'un accès de manie, tant le tableau clinique semblait typique.

De tels cas offrent un réel intérêt ; ils sont sans doute des plus connus, mais leur publication a toujours une valeur documentaire évidente. Notre malade répond absolument à la *schizophrénie* de Bleuler, tant son état mental est caractérisé par une dissociation complète des facultés intellectuelles. Rappelons, à ce sujet, ce que dit cet auteur, dans son remarquable ouvrage, à propos de l'évolution démentielle dans la démence précoce (1). « Beaucoup de schizophrénies, dit Bleuler, sont caractérisées par un état d'excitation aigu, pendant lequel le niveau intellectuel baisse de tel façon que déjà, après le premier accès, on peut parler de démence (démence secondaire des auteurs). D'autre fois, le syndrome aigu laisse après lui un état chronique d'hallucinations ou d'idées délirantes (paranoïa secondaire.) Souvent l'accès peut se répéter et, à chaque fois, l'affaiblissement intellectuel s'accuse davantage. Enfin, c'est seulement à la suite d'un seul accès, entre plusieurs antérieurs, que l'on remarque l'abaissement du niveau intellectuel. » Notre malade semble répondre à ce dernier cas.

DISCUSSION

M. VIGOUROUX. — Pourquoi M. Leroy ne dit-il pas que sa malade est tombée dans la démence — démence vésanique — après quatre accès antérieurs de délire? Ne peut-on pas comparer de tels cas à ce que nous voyons en pathologie interne où un malade atteint de plusieurs accès de bronchite finit par présenter une bronchique chronique?

Le diagnostic de démence précoce me semble contredit dans son observation, par le fait que lors de ses premiers accès délirants, la malade n'avait pas présenté de signe d'affaiblissement mental et surtout que, pendant les périodes intermédiaires, elle « était aussi affectueuse, active et intelligente que par le passé ».

Dans ces conditions, il me semble impossible de dire

(1) Bleuler. *Dementia præcox oder Gruppe der Schizophrenien.* (Handbuch der Psychiatrie, publié par G. Aschaffenburg, 1911).

©BIUM

qu'à ce moment, elle était atteinte de démence précoce.

En l'absence de toute dissociation affective, de tout trouble de l'activité et de l'intelligence, le diagnostic de démence précoce ne peut être porté.

M. Leroy. — J'ai employé le terme, démence précoce, parce que le premier accès a débuté à l'âge de dix-huit ans ; les accès pouvant être rattachés les uns aux autres, je crois devoir les attribuer à une même maladie. La comparaison de M. Vigouroux peut être juste, mais j'aurai un argument de même valeur en rappelant qu'un tuberculeux peut présenter aussi des accidents pulmonaires diagnostiqués bronchite, alors qu'ils ne sont que des manifestations bacillaires dont les premières lésions laissent des séquelles qui échappent à l'auscultation du médecin.

M. Trénel. — La question de la démence précoce, après avoir paru à peu près fixée, au point de vue clinique, tout au moins, redevient à l'heure actuelle tout à fait obscure. M. Arnaud vient de faire allusion aux guérisons nombreuses que les auteurs allemands, par des enquêtes rétrospectives, rencontrent dans des démences précoces pronostiquées incurables. Il est probable que ce sont autant d'erreurs de diagnostic. Mais ces erreurs deviendront plus fréquentes encore ; bien mieux, tout diagnostic deviendra impossible, si l'on accepte les idées émises dans plusieurs ouvrages récents. Par exemple, M. Leroy a parlé tout à l'heure de la *schizophrénie* de Bleuler. Pour ma part, je crois que si ce terme peut être accepté pour l'usage psycho-pathologique, il ne peut l'être pour l'usage clinique. Bleuler finit par faire rentrer dans la schizophrénie toute la démence précoce, tous les délires systématisés, nombre de cas de folie maniaque-dépressive, les délirants alcooliques, les délires systématisés, à peu près toutes les psychoses aiguës et toute la dégénérescence. Il a beau dire que « la théorie de la dégénérescence a fait fiasco », ce sont ses propres termes, — et il est exact que dégénérescence, ce n'est pas un diagnostic clinique, mais un terme étiologique englobant les faits les plus disparates cliniquement, — mais la schizophrénie est bien moins acceptable encore, puisqu'elle englobe un bien plus grand nombre de faits et beaucoup plus disparates.

Quant aux rapports de la démence précoce et de la folie maniaque-dépressive, nous tombons de plus en plus dans le vague, comme cela ressort du vaste ouvrage récent où Urstein les fait rentrer dans la catatonie, qui est devenue elle-même un vrai chaos.

Je signale ce dernier ouvrage, vaste compendium des observations recueillies par la dynastie des Laehr depuis quelque soixante-dix ans.

Ce n'est que par des cas concrets, comme ceux qui viennent d'être exposés, que l'on arrivera — probablement pas avant plusieurs années — à une conclusion. Si l'on diffère sur les étiquettes à y mettre, du moins les faits restent et peuvent servir de base à la discussion.

Mais ces observations demandent des années ; elles sont difficiles à recueillir dans les asiles publics. Il serait bien désirable que ceux de nos collègues qui observent dans les maisons de santé de longues existences de malades nous apportent les résultats de leur expérience ajoutée à celle de leurs prédécesseurs, comme vient de le faire Urstein en Allemagne.

M. Piéron. — Je me demande si bien des discussions qui roulent sur la démence précoce ne sont pas purement verbales ; l'intérêt pratique d'un diagnostic précis réside dans la possibilité de former un pronostic ; or, on a cité, en Allemagne surtout, de nombreux cas de démence précoce qui guérissent. En somme, on se bat souvent sur la question d'étiquette à mettre sur un bocal... c'est-à-dire sur un malade, sans que cette étiquette recouvre un complexus symptomatique parfaitement précis. Dans ces conditions ne serait-il pas plus sage — dans tous les cas où il n'est pas possible de *démontrer* de façon satisfaisante la légitimité d'un diagnostic — de se réserver et de déclarer qu'en l'état actuel des choses, la psychiatrie ne peut que poser un problème, ce serait là, je crois, l'attitude scientifique la plus correcte. Mais je parle évidemment un peu en profane.

M. Vigouroux. — Le diagnostic est cependant important pour les médecins praticiens, parce qu'il doit comporter un pronostic. Tous les jours, nous sommes appelés à fournir aux familles des renseignements sur l'évolution et la durée des maladies. Or, le diagnos-

©BIUM

tic de démence précoce comporte à mon avis un pronostic des plus sombres, car les rémissions sont, si j'en juge par mon observation personnelle, beaucoup plus rares qu'il a été dit, au moins quand il ne s'agit pas d'erreur de diagnostic. Dans les rares rémissions que j'ai observées, les malades présentaient toujours des signes d'affaiblissement mental.

M. GILBERT BALLET. — Je n'ai pas entendu la communication de M. Leroy et je m'en excuse. Je m'expose donc, en prenant la parole, à parler à côté de la question. Toutefois, si j'en juge par les quelques mots que j'ai saisis en entrant, le cas exposé par notre collègue est relatif à celui d'une malade qui, après avoir présenté plusieurs bouffées délirantes dont elle aurait guéri, est devenue actuellement démente. Je lirai avec grand intérêt l'observation dans le Bulletin, et je regrette d'autant plus de ne pas l'avoir ouïe que je tiens pour très intéressants et utiles à rapporter ici tous les cas qu'on eût naguère étiquetés bouffées délirantes, sans hésitation. C'est que je crois, et je l'ai dit maintes fois ici et ailleurs, que ces prétendues bouffées sont la manifestation, soit de la psychose périodique, soit de la démence précoce. Je ne dis pas, notez-le bien, que les bouffées délirantes des dégénérés n'existent pas, je dis que moi qui en voyais comme tout le monde il y a quinze ans, je n'en rencontre plus aujourd'hui, aussi je sollicite qu'on nous en amène, quand on croira en trouver, pour que nous puissions les discuter. A la dernière séance de la Société de Psychiatrie, M. Dupré, répondant à ma demande, a montré un jeune homme qui a fait subitement un accès de délire ambitieux à propos duquel on peut précisément se demander s'il ne s'agit pas d'une des bouffées délirantes en question. Or, le malade, qui est dans mon service, s'est montré à moi avec l'agitation, la logorrhée, l'euphorie d'un maniaque et je suis en droit de me demander si ce « dégénéré délirant » n'est pas, comme beaucoup d'autres, un simple périodique. La question reste ouverte, mais il n'est pas possible que nous n'arrivions pas à la solutionner promptement.

A propos de la guérison des bouffées que nous considérons comme relevant de la démence précoce, permettez-moi de vous citer un fait que je viens d'observer et

©BIUM

que sa rareté rend intéressant. Une jeune femme, après avoir présenté des troubles qualifiés d'hystériques, est placée dans une maison de santé privée où on la proclame affectée de démence précoce. Elle est dirigée de là sur un asile de province, où on constate du négativisme, de la suggestionnabilité, de l'indifférence émotionnelle, bref le tableau le plus classique de la démence précoce. Fort du diagnostic, le mari demande l'annulation de son mariage, prétendant qu'il a épousé une femme déjà malade et le tribunal me charge de constater l'état actuel de la jeune femme.

J'avais vu celle-ci à la maison de santé et avais, avec deux collègues, porté sans hésitation le diagnostic de démence précoce, comme on devait le faire plus tard et avec surcroît de raisons à l'asile. Quelle n'a pas été ma surprise de constater en juillet dernier toutes les apparences d'une guérison absolue! J'ai désiré réexaminer la malade pour m'assurer que je n'étais pas le jouet d'une illusion ou d'une erreur; je viens de le faire, il y a trois jours ; or, je ne constate la persistance d'aucun trouble déficitaire. Au point de vue affectif comme au point de vue intellectuel, la jeune femme apparaît tout à fait normale. Elle est active, s'occupe, fait un peu de littérature et d'une façon satisfaisante. Je ne trouve chez elle aucun de ces reliquats que nous sommes habitués à voir dans les cas de démence précoce les plus légers. Peut-être en vivant avec l'ancienne malade la trouverait-on sur quelques points différente de ce qu'elle était naguère : c'est une hypothèse qu'on est en droit de faire, mais c'est une simple hypothèse. S'agit-il d'autre part d'une rémission? Ce serait une rémission qui actuellement aurait un an de durée et ne serait pas terminée : c'est bien long. Voilà, en tout cas, et c'est ce que je tenais à dire, une malade qui a présenté pendant plus de quinze mois des symptômes avérés d'une démence précoce grave et qu'aujourd'hui le médecin expert ne peut pas ne pas déclarer présenter toutes les apparences de la guérison.

M. Leroy. — L'observation de M. Ballet me donne l'occasion de revenir sur la communication que j'ai faite ici même il y a quelques mois (1). La malade dont je

(1) R. Leroy. A propos du divorce. Rémission très complète

©BIUM

vous ai parlé va actuellement très bien — tout au moins à un examen succinct — et elle travaille dans une usine aux environs de Ville-Evrard. Les écrits, qui sont reproduits dans notre Bulletin, ne peuvent être considérés comme ceux d'une maniaque. Ils montrent une dissociation intellectuelle complète et cette rémission ou guérison si remarquable s'est manifestée au bout de six années d'un délire diffus et d'une insouciance totale, donnant l'impression absolue de la démence.

De tels faits sont réellement impressionnants. En l'état actuel de nos connaissances, l'évolution seule de la maladie, poursuivie pendant des années, peut nous permettre d'arriver à l'appréciation de la vérité.

M. PACTET. — Il n'y a pas à mon avis de signes pathognomoniques permettant de porter un diagnostic ferme de démence précoce. J'ai observé des malades confus me paraissant avoir la symptomatologie de la démence précoce et qui ont guéri.

M. ARNAUD. — Si ces malades ont été vraiment guéris, était-ce vraiment de la démence précoce ?

M. TRÉNEL. — La question est toujours ouverte.

La séance est levée à 5 h. 45.

Les secrétaires des séances,

J.-M. DUPAIN et P. JUQUELIER.

---

survenue chez une démente précoce au bout de six années (Société médico-psychologique; séance du 26 février 1912. *Ann. méd.-psych.*, numéro de mars 1912, p. 389).

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX FRANÇAIS

ANNÉE 1909

Revue de psychiatrie et de psychologie expérimentale.

I. — *Confusion et démence;* par les Drs E. Toulouse et Mignard (n° 1). — Dans cet article, les auteurs cherchent à établir une méthode permettant de juger l'étendue et la justesse de la lucidité. La lucidité est la fonction par laquelle le sujet prend une conscience réelle, nette, exacte, immédiate de son propre état, des objets et de leur état, de leurs rapports mutuels et de leurs rapports avec le sujet, d'où la division de la méthode en trois sections : 1° conscience du sujet et de son propre état; 2° conscience de l'objet et du monde extérieur; 3° conscience des rapports immédiats qui existent entre le sujet et le milieu. Parmi les questions à poser, les unes s'adressent à tous les individus, d'autres à ceux dont la lucidité est plus ou moins troublée, enfin, une catégorie est dressée pour les individus normaux. Ces tests ne permettent pas de faire un diagnostic des états de confusion ou de démence. On ne peut constater qu'une chose, à savoir si la lucidité est troublée ou détruite.

II. — *De l'épilepsie chez les déments séniles*; par les Drs L. Marchand et Petit (n° 2). — Les auteurs rapportent deux observations d'épilepsie liée à la démence sénile : examen clinique et autopsie. L'épilepsie qui s'observe au cours de la démence sénile a quelques caractères spéciaux; d'abord les accidents sont rares, présentant les caractères classiques des accès épileptiques, ne sont jamais suivis de phénomènes post-épileptiques et ne sont précédés d'aucun prodrome. C'est surtout à la dernière période de la démence sénile que ces accès surviennent de préférence. Ils sont rattachés par les auteurs à des lésions cérébrales consistant en sclérose cérébrale superficielle diffuse avec altération profonde des fibres tangentielles et en foyer de sclérose en rapport avec l'athéromasie cérébrale.

©BIUM

III. — *Paralysie générale et asphyxie symétrique des extrémités*; par le Dr G. Naudascher (n° 3). — Deux observations avec autopsie : chez le premier malade, on n'a trouvé aucune lésion du système artériel; chez le second, au contraire, l'examen histologique a montré des lésions d'artério-sclérose diffuse, très marquée surtout sur les artères des membres inférieurs, où le processus endartérique a été jusqu'à l'oblitération et a entraîné la gangrène. Dans le premier cas, l'absence de lésions oblitérantes permettrait d'émettre l'hypothèse d'un trouble trophique. Malgré cela, l'auteur ne pense pas qu'on puisse admettre une relation de cause à effet entre la paralysie générale et la gangrène symétrique des extrémités. Des observations analogues sont d'ailleurs très rares dans la littérature psychiatrique.

IV. — *Des lésions circonscrites dans la paralysie générale. Etude anatomo-clinique*; par les Drs A. Vigouroux et G. Naudascher (n° 5). — Dans la paralysie générale, on peut trouver des lésions circonscrites qui, suivant leur siège, auront des symptômes cliniques ou resteront silencieuses et constitueront des trouvailles d'autopsie. Parfois, on notera des lésions en foyer, ramollissement, tumeurs, gommes, qui, antérieures à la paralysie générale, peuvent être considérées comme de véritables points d'appel. On peut aussi rencontrer des lésions en foyer produites au cours de la maladie, alors on peut observer des symptômes cliniques tels que monoplégie, hémiplégie, etc.

V. — *L'alcoolisme symptôme des psychonévroses constitutionnelles*; par le Dr Serge Soukhanoff (n° 7). — L'auteur étudie l'alcoolisme, non plus en le classant d'après les symptômes purement externes (alcooliques occasionnels, chroniques, dipsomanes), mais en attirant l'attention sur l'intérêt qu'il y a à rechercher le terrain neuro-psychique sur lequel l'alcoolisme s'est développé. Il pense que la découverte du caractère psychopathologique présente un grand intérêt pour le traitement des alcooliques et l'application de la psychothérapie. Il passe en revue les diverses manifestations que l'alcoolisme peut produire : 1° *Sur la constitution psychasthénique.* Les alcooliques psychasthéniques commencent à boire de bonne heure sous l'influence de motifs psychologiques différents (imitation, bravade, excitation dynamogénique). Au début, ils sont très sensibles à l'alcool; petit à petit, l'accoutumance se fait. On observe des oscillations dans l'absorption des boissons spiritueuses, enfin, tôt ou tard, on peut voir apparaître une périodicité plus

©BIUM

accusée et le syndrome dipsomaniaque peut se trouver constitué. Ces cas sont très accessibles à la psychothérapie. 2° Chez *les raisonneurs pathologiques* où l'orgueil, l'égoïsme, l'amour-propre, les raisonnements paralogiques et pleins de paradoxes constituent le fond mental, on peut observer des associations toxiques et le raisonneur devient vite un alcoolique à tendances immorales et antisociales. Ces cas d'alcoolisme en connexion avec le raisonnement pathologique où les sentiments moraux sont faibles, sont d'un mauvais pronostic. 3° Chez *les individus à caractère épileptique*; ceux-ci ont souvent recours à l'alcool ; le toxique met alors en évidence une épilepsie latente, active l'impulsivité inconsciente et avide pour les boissons spiritueuses. Du côté de la sphère psychique, *delirium tremens* avec obnubilation profonde de conscience, état d'automatisme psychique, etc. 4° Enfin, chez *l'hystérique*, les sensations subjectives consécutives à l'absorption de l'alcool protègent à un degré suffisant le malade du développement de l'alcoolisme pénible, il aura recours plus volontiers à d'autres toxiques pour se procurer des sensations plus agréables.

VI. — *Les formes atténuées du délire d'interprétation*; par le Dr Halberstadt (n° 8). — S'appuyant sur des observations déjà publiées et sur un cas observé personnellement, l'auteur cherche à mettre en évidence les signes caractéristiques de la forme atténuée du délire d'interprétation. Généralement, il s'agit de femmes atteintes d'un léger degré de débilité mentale. L'idée prévalente de persécution ou de préjudice s'alimente dans des interprétations toujours pauvres et à caractère peu extensif. Les réactions pathologiques sont rares, aussi l'internement est-il ordinairement tardif. L'évolution, quoique très bénigne n'aboutit jamais à la guérison. Le délire peut cesser d'évoluer à un moment donné, le malade l'oublie même en quelque sorte, ne l'alimente plus d'interprétations nouvelles, mais il n'en demeure pas moins dans la croyance à la réalité de ses anciennes idées. Il faut distinguer ces délires à forme atténuée survenant chez les débiles de celles que l'on peut trouver chez les dégénérés supérieurs. Ici, outre que le terrain est différent, l'évolution se montre aussi dissemblable; il est rare, en effet, que ces dégénérés s'en tiennent à une seule idée prévalente. Cette forme atténuée du délire d'interprétation est importante à connaître pour les cas de folie par contagion mentale, car cette forme s'y rencontre avec une fréquence relativement considérable.

VII. — *A propos des toxicités urinaires et sanguines en*

©BIUM

psychiatrie; par le Dr A. Marie (n° 10). — L'auteur rapporte des expériences sur les urines dyalisées de divers groupes d'aliénés, cherchant ainsi à montrer qu'il y a des rapports indiscutables entre la toxicité sanguine et la toxicité urinaire et la composition chimique de ces urines. Ce parallélisme entre les propriétés chimiques et la toxicité serait surtout net pour l'urée. Les déments précoces et les maniaques présentent un parallélisme complet; pour les épileptiques, il y a des exceptions. Sur dix-huit malades expérimentés, quatorze fois, on a noté une correspondance complète entre la toxicité urinaire et les données cryoscopiques. Tableaux et graphiques à l'appui de ces recherches. L'étude hématologique donne des résultats intéressants groupés dans des tableaux. Quant à la réaction de Wassermann étudiée chez les déments précoces, elle a été constamment négative tant à l'examen du sérum que du liquide céphalo-rachidien.

VIII. — *Les théories psycho-physiologiques du langage dans l'aphasie et l'aliénation mentale*; par le Dr Maurice Brissot (n° 11). — Cette revue générale tend à démontrer que les théories de Pierre Marie qui ont prétendu au renversement complet des conceptions qui paraissaient bien assises, relatives à l'aphasie, ne peuvent expliquer la pathogénie de certains troubles hallucinatoires qu'on observe d'une façon à peu près constante chez les aliénés. En effet, ce que l'on observe d'une façon prédominante, c'est l'hallucination verbale de l'ouïe, ce qui s'explique par la prépondérance que prennent les images auditives verbales dans le fonctionnement du langage intérieur. Les hallucinés du langage sont donc surtout des auditifs ou bien, quoique moins fréquemment, des psycho-moteurs. Nous sommes tous, en effet, comme l'a exposé Dejerine, des auditivo-moteurs, c'est-à-dire que notre langage intérieur a besoin pour s'effectuer des images motrices et auditives; c'est par l'union intime de ces deux espèces d'images que la notion du mot se trouve constituée. Les images visuelles ne jouent qu'un rôle assez effacé. Pierre Marie et son élève Moutier nient les images du langage; ce sont des réalités métaphysiques, dit Moutier, ne correspondant à aucune expérience, mais d'une importance capitale au point de vue logomachique. Il n'y a pas d'images verbales, ni auditives, ni motrices, c'est un mot vide de sens qu'il faut rayer du vocabulaire. Ces auteurs ne paraissent pas établir une distinction nette entre le mot et l'idée. Le langage intérieur ne peut fonctionner qu'à l'aide des images verbales :

©BIUM

si lorsque nous parlons, l'idée paraît indissolublement liée au mot, c'est là une illusion qui nous vient d'une habitude acquise, rien de plus. Si donc on accepte la théorie de Pierre Marie, les hallucinations deviendront un phénomène obscur, dont il sera fort difficile d'esquisser une pathogénie. Par contre, avec les théories de Dejerine, de Séglas, de Tamburini, le phénomène s'éclaire et la pathogénie en devient facile à saisir.

Revue neurologique.

I. — *Un cas d'idiotie amaurotique type Tay-Sachs*; par les Drs C. Parhon et M. Goldstein (n° 14). — Cette observation est la première publiée en Roumanie. Comme il est de règle, soixante et un cas sur soixante-huit, le petit malade appartient à la race israélite. Vers dix mois, on constate l'arrêt du développement normal et le regard sans expression devient celui d'un amaurotique. L'examen ophtalmologique montre que les pupilles ne réagissent pas à la lumière; les papilles bien délimitées ont une couleur blanche nacrée, les macules sont plus rouges que d'habitude. A propos de ce cas les auteurs présentent quelques considérations sur l'étiologie, la pathogénie et l'anatomie de ce syndrome encore mal connu. Ils pensent à la présence d'un poison à action élective sur les cellules nerveuses ou mieux encore à un trouble spécifique dans la nutrition de ces cellules, troubles qui pourraient être causés par l'absence d'un ferment nécessaire à l'assimilation et au bon développement des neurones. Les cellules nerveuses et leurs prolongements présentent un gonflement considérable et une forme bulbeuse. La substance interfibrillaire est d'abord lésée puis ensuite les fibrilles elles-mêmes s'altèrent. La lésion peut atteindre toutes les cellules de l'axe cérébro-spinal et des ganglions nerveux ainsi que celles de la rétine. Le pronostic de l'affection est très grave, le malade succombant vers l'âge de deux ou trois ans. Le traitement est inconnu; cependant, en raison de la pathogénie déjà exposée, on pourrait essayer des injections de sérums normaux ou des extraits du système nerveux provenant d'animaux jeunes.

II. — *Sur les variétés cliniques de la démence primitive* (*Dementia praecox*); par le Dr Lévi Bianchini (n° 14). — Courte note pour exposer que les quatre types admis par la généralité des auteurs ne sont pas assez extensifs et ne peuvent pas renfermer tous les cas de transition qu'on observe en cli-

©BIUM

nique. L'auteur admet, par conséquent, sept variétés : Héboïdophrénie ou démence héboïdophrénique. Démence (précoce) hébéphrénique. Démence hébéphréno-catatonique. Démence catatonique. Démence catatano-paranoïde. Démence hébéphréno-paranoïde. Démence paranoïde. L'auteur pense pouvoir affirmer que, bien souvent, à l'aide de cette classification, le clinicien pourra formuler un diagnostic plus précis.

III. — *La Céphalalgie dans la démence précoce*; par G. Halberstadt (n° 17). — La céphalalgie est parmi les signes de la démence précoce un de ceux qui jusqu'ici a encore très peu attiré l'attention des observateurs. C'est pourtant un signe très fréquent. Cinq observations choisies parmi les plus probantes et ayant trait à des cas indiscutables de démence précoce permettent à l'auteur de déterminer les principales modalités cliniques du symptôme. L'intensité de la céphalalgie est variable; parfois, c'est un simple endolorissement, mais pouvant aller jusqu'à une sensation très pénible, pouvant même simuler la céphalée des tumeurs cérébrales (Sérieux). Le siège de la sensation douloureuse est variable, assez souvent sus-orbitaire ou rétro-orbitaire. Tenace et rebelle aux analgésiques, elle se montre souvent dès le matin pour disparaître la nuit. C'est souvent à la période prémonitoire que se montre ce symptôme. Quant à la pathogénie du symptôme, Tomaschny admet l'auto-intoxication, mais cette explication ne paraît pas convenir à tous les cas ; on pourrait se demander si, dans certains cas, on n'a pas affaire à une augmentation de la pression intracranienne.

IV. — *Apparition simultanée du syndrome catatonique et de l'épilepsie chez la même malade;* par H. Nouët et L. Trepsat (n° 23). — Observation d'une malade chez laquelle coexiste la démence précoce à forme catatonique et des accès épileptiques. Ces crises sont nettement de nature épileptique, suivies d'une période d'obnubilation qui dure cinq jours environ ; pendant ce temps, la malade est déprimée, confuse, égarée, gâteuse, se livrant à des actes impulsifs. Pendant les heures qui suivent les accès comitiaux, les symptômes catatoniques, en particulier le négativisme, paraissent accentués. Ce cas paraît constituer, d'après les auteurs, une association morbide des plus rares. Des lésions de la corticalité, fréquentes d'après Anglade et Jacquin dans la démence catatonique, pourraient fournir une explication pour la pathogénie de ces accès convulsifs.

©BIUM

Montpellier médical.

I. — *Réflexions sur quelques particularités des troubles moteurs dans un cas de paralysie générale* ; par Euzière et Clément (n° 19). — Un paralytique général aphasique présente, dans les quelques mots qu'il est encore capable de prononcer et d'écrire, tous les troubles classiquement décrits comme symptômes de sa maladie. Mais, ce qui est intéressant, c'est qu'il n'a pas ou presque pas de troubles moteurs en dehors des troubles de la parole ou de l'écriture, et surtout que ces troubles sont variables avec chacun des actes ; il tremble les mains étendues, marche avec peine, met maladroitement son chapeau, et peut cependant enfiler des aiguilles.

C'est là un fait paradoxal et sur lequel les auteurs attirent l'attention. Classiquement, il paraît logique d'attribuer les troubles de la parole du paralytique général à la parésie des muscles qui procèdent à la phonation. Il est parfaitement compréhensible d'admettre que la danse saccadée et désordonnée qui agite à la moindre ébauche de mouvement les muscles de la face et de la langue du malade rende sa parole irrégulière, troublée, incoordonnée et plus ou moins incompréhensible. De même, on explique volontiers les troubles calligraphiques par le manque de discipline des muscles de la main droite. L'observation montre que l'explication classique n'est pas toujours applicable et que les phénomènes apraxiques jouent un certain rôle dans la dysarthrie et le tremblement paralytique.

II. — *Une observation d'amnésie systématique et localisée consécutive à une crise de phobomanie ;* par Euzière et Clément (n° 29). — Un homme de trente-huit ans, fait une crise de phobomanie. Celle-ci guérie, il garde le souvenir des actes accomplis pendant la maladie et nullement celui de ses idées délirantes. Il a donc une amnésie systématique localisée et post-délirante. Cet ensemble de caractères est tout à fait exceptionnel. Les amnésies systématique et localisée n'apparaissent guère, en effet, que pendant la période où le cerveau est malade, et ne touchent que les événements ou les idées antérieurs à la maladie. Au contraire, dans l'observation que nous rapportons, l'amnésie ne se manifeste que lorsque le sujet est guéri et ne s'adresse qu'à des idées de la période du délire. D'une façon générale, les amnésies post-délirantes sont totales, c'est-à-dire englobent à la fois tous les événements, actes, idées, sentiments survenus pendant la maladie.

©BIUM

Un autre point intéressant de cette observation, c'est que le sujet n'est nullement hystérique, et, cependant, les caractères présentés par son amnésie tendent à faire adopter ce diagnostic. Il y a là une discordance entre la physionomie clinique de l'amnésie et sa nature étiologique qui est frappante. On peut résumer toutes ces particularités en intitulant notre observation : « Un cas d'amnésie systématique, localisée, post-psychique. »

III. — *Une observation d'hémichorée et d'hémiathétose survenue à la suite d'ictus épileptiformes chez un paralytique général*; par Euzière (n° 35). — L'auteur relate des phénomènes qui surviennent, du moins si l'on en juge d'après les cas publiés, très rarement. Il s'agit d'un paralytique général classique quant au diagnostic qui, à la suite d'une attaque épileptiforme, présenta des mouvements choréiformes pendant deux jours auxquels succédèrent des mouvements athétosiformes. Quatre jours après l'ictus, tout était rentré dans l'ordre.

Au point de vue pathogénique, ces troubles sont dus à la lésion méningo-encéphalique qui rend la corticalité sensible à la moindre irritation congestive.

Cette observation met encore en évidence la parenté étroite des mouvements choréiques et athétosiques.

IV. — *Un cas de parotidite suppurée au déclin de la paralysie générale*; par Euzière (n° 36). — Les parotidites suppurées sont fréquentes au cours des cachexies ; elles surviennent alors à la phase terminale de l'affection, sont presque d'ordre agonique et ont par là une importante valeur pronostique, puisqu'elles permettent de prévoir la mort à très brève échéance. Il est remarquable cependant de constater que, dans la paralysie générale, cette complication est exceptionnelle et que le seul cas que nous ayons observé s'est terminé par la guérison spontanée.

V. — *Un cas de boulimie hystérique. Guérison après expulsion d'un tænia imaginaire;* par L. Rimbaud (n° 40). — Hystérique avec auto-suggestion ; cénesthésie cornéenne et pharyngée, zone hystérique dans la fosse iliaque droite où elle localise un tænia imaginaire. Idée fixe dont l'auteur fait remonter l'origine à sept années environ. Elle avait connu une femme qui avait un tænia et avait même vu celle-ci évacuer spontanément des anneaux, alors qu'elle marchait derrière elle en montant un escalier. Elle en fut vivement impressionnée. Elle crut être atteinte elle-même et se mit à manger énormément, persuadée

©BIUM

que le parasite absorbait le meilleur de son alimentation. Thérapeutique mise en œuvre : simulation d'une radiographie donnant l'illusion d'un tænia. Administration d'un tænifuge ; on montre à la malade un tænia qu'on avait habilement glissé dans les selles. Nouveau cliché sans tænia. La malade se tranquillise, dort bien, s'alimente normalement. Mais, au bout de quelques jours, la malade a un *autre ver*. Cure d'isolement avec psychothérapie qui amène la guérison. La malade restant toutefois persuadée qu'on lui a fait disparaître le ver qui existait réellement.

A. Albès.

JOURNAUX ITALIENS

Annali del manicomio provinciale di Perugia.

ANNÉE 1907.

I. — *Sur les altérations de la substance réticulo-fibrillaire des cellules nerveuses dans quelques maladies mentales* ; par les Drs C. Agostini et U. Rossi (fasc. I-II). — Ces recherches ont été effectuées avec la méthode de Donaggio et de Ramon y Cajal ; le procédé préférablement employé a été celui dans lequel on fait précéder l'action du nitrate d'argent de celle de l'alcool à 40 degrés agissant pendant deux à six jours sur des fragments de substance corticale recueillis de douze à dix-huit heures après la mort (les auteurs estiment avec Scarpini, et contrairement à Marinesco, que les neurofibrilles sont assez résistants). Dans un cas de démence consécutive à une intoxication alcoolique chronique, les auteurs ont rencontré des altérations des neurofibrilles dans les circonvolutions frontales et frontale et pariétale ascendantes. Les éléments les plus frappés sont les grandes cellules pyramidales. Dans un cas d'épilepsie classique motrice terminé par la mort en état de mal, la disposition réticulaire des neurofibrilles, quelle que soit la cellule observée, est mal dessinée, les fibrilles sont très fines et granuleuses. Chez deux démentes séniles, les auteurs ont noté une sorte d'agglutination des neurofibrilles avec hyperaffinité argentique ; chez les pellagreux, les résultats ont été discordants : les fibrilles périphériques étaient tantôt extrêmement épaissies, tantôt anormalement fines, pâles, finement granuleuses ; quant au réseau endocellulaire, il présen-

©BIUM

tait souvent des lacunes. Dans un cas de mélancolie anxieuse avec sitiophobie et mort par inanition, les lésions neurofibrillaires étaient surtout marquées au niveau des grandes cellules pyramidales: réseau très fin et très pâle avec parfois des lacunes et des agglutinations, la disparition étant surtout marquée à la périphérie du corps cellulaire. Chez une démente précoce catatonique morte de tuberculose pulmonaire, ils ont observé une raréfaction du réticule endocellulaire avec des points d'agglutination. Enfin, dans un cas de paralysie générale, les lésions neurofibrillaires s'étendaient à tous les éléments, mais prédominaient dans les petites et moyennes cellules pyramidales. Comme dans les cas précédents, le réseau endocellulaire était le plus touché. En général, l'agglutination des fibrilles, leur fragmentation, leur épaississement se rencontrent dans les états où dominent la dépression et la torpeur; au contraire, la finesse des neurofibrilles, leur hyperaffinité pour l'argent sont généralement observées dans les cas où les fonctions physique et psychique sont exagérées (huit planches).

II. — *Sur la confusion hallucinatoire aiguë par auto-intoxication;* par le Dr Guido Garbini (fasc. I-II). — Ce travail a été précédemment analysé (*Annales médico-psychologiques*, novembre-décembre 1908, p. 485).

III. — *Contribution à l'étude de l'hypertrichose faciale chez la femme*; par le Dr A. Benedetti (fasc. I-II). — L'auteur a observé de l'hypertrichose faciale chez deux femmes aliénées ayant dépassé la quarantaine et possédant cependant tous les attributs de leur sexe; observant que le visage du nouveau-né est souvent couvert de duvet, il émet l'hypothèse que le tégument possède le pouvoir latent de donner naissance au système pileux et que, sauf dans certains cas, ce pouvoir demeure latent pendant toute la vie chez la femme (deux figures).

IV. — *Quelques considérations sur la signification des cellules dites à bâtonnets* (Stäbchenzellen de Nissl); par les Drs C. Agostini et U. Rossi (fasc. I-II). — On sait que Nissl a pensé que ces cellules qui se rencontrent d'une façon constante dans la paralysie générale étaient d'origine ectodermique ou épithéliale, puis que, modifiant ensuite sa première opinion, il les a fait dériver du mésenchyme par l'intermédiaire des vaisseaux sanguins. Considérant combien il est difficile de se prononcer pour l'une ou l'autre théorie, les auteurs se demandent quelle est la signification de ces cellules et diverses considérations les conduisent à penser que les cellules à bâtonnets

©BIUM

ne sont que des cellules de la névroglie qui ont perdu leurs caractères habituels, grâce à diverses causes dues pour la plupart à des modifications faciles à expliquer par la nature des processus morbides dont le cortex est le siège.

V. — *Les malformations et hétérotopies artificielles de la moelle épinière*; par les Drs G. Garbini et R. Rebizzi (fasc. I-II). — Ce travail a été précédemment analysé (*Annales médico-psychologiques*, novembre-décembre 1908, p. 496).

VI. — *Sur l'anatomie pathologique des centres nerveux dans la démence primitive*; par le Dr C. Agostini (fasc. I-II.) — De l'examen détaillé de quatre cas de démence primitive à forme hébéphréno-catatonique, il résulte que l'étude macroscopique des centres nerveux ne révèle aucune disposition anormale, mais que le microscope montre des altérations diffuses de tout le manteau cortical et plus particulièrement au niveau des circonvolutions frontales, de la zone rolandique et des circonvolutions temporales, cela surtout dans l'hémisphère gauche; toutes les couches du cortex sont intéressées, surtout la couche des cellules polymorphes, et la couche des cellules pyramidales dans les circonvolutions centrales. Ces altérations se caractérisent par la vacuolisation, l'atrophie, la désintégration et la disparition des cellules; les espaces laissés libres sont remplis de cellules satellites qui entourent aussi les éléments nerveux encore sains. L'examen des neurofibrilles montre que le réticulum devient plus dense et va jusqu'à l'agglutination. Enfin les fibres d'association sont notablement diminuées.

L'étude du cervelet et celle du bulbe n'ont révélé aucune altération; mais la moelle, au contraire, a présenté les particularités suivantes : dégénération des cordons postérieurs, sclérose des cordons latéraux, lésions chroniques des cellules, surtout au niveau de leur appareil neurofibrillaire. Enfin, il faut signaler que les cellules des ganglions spinaux étaient fortement pigmentées et marchaient vers l'atrophie. Il en résulte donc qu'aujourd'hui la démence primitive à forme hébéphréno-catatonique possède une base anatomo-pathologique large et bien définie. Le fait que la démence précoce survient à une époque où la personnalité va se constituer définitivement conduit l'auteur à classer ce syndrome dans le groupe des psychoses constitutionnelles; il considère que la cause en doit être rapportée à une autointoxication d'origine sexuelle (deux planches).

©BIUM

VII. — *Contribution à l'étude de l'hystérie masculine* ; par le Dr C. Vitali (fasc. I-II). — Relation de deux cas d'hystérie masculine, le premier avec signes de pseudo-sclérose, le deuxième avec hémiplégie et participation du facial ; en plus des points intéressants que présente leur observation, les malades qui en sont l'objet offraient un certain nombre de particularités ; tous les deux étaient assez âgés ; l'un était vierge et l'autre était, quoique veuf, un abstinent sexuel ; enfin ils appartenaient à une classe sociale inférieure et menaient une existence misérable et pleine de risques. L'auteur termine en conjurant ses confrères de contribuer à l'étude de l'hystérie masculine en se montrant moins sceptiques et en mettant moins souvent l'hystérie sur le compte de la neurasthénie.

VIII. — *Un cas de pseudo-péritonite hystérique* ; par le Dr Luigi Battistelli (fasc. III-IV). — Il s'agit d'une religieuse de vingt-quatre ans, déjà connue comme prétuberculeuse et qui présenta à l'examen des signes indéniables de péritonite : fièvre, envie de vomir, douleur généralisée de l'abdomen qui était gonflé, tympanisé, douloureux à la pression. La fièvre assez élevée (39 degrés) était accompagnée de fréquence du pouls (112) et de la respiration (28) ; l'intestin paraissait imperméable. Les jours suivants, la situation va en s'aggravant ; les vomissements sont continuels, l'intolérance gastrique est absolue ; la percussion et la palpation, d'ailleurs fort difficiles, ne décèlent pas la présence d'exsudat péritonéal ; l'entéroclyse ne donne aucun résultat, la miction est facile, les urines sont normales. L'examen de l'abdomen finit par devenir impossible, le pouls est fréquent, il faiblit et la dyspnée augmente. Le troisième jour, la situation était alarmante : par suite de l'impossibilité de toute alimentation, les forces étaient nulles, l'insomnie complète, les douleurs constantes. L'introduction dans le rectum d'une sonde de Nélaton ne donne passage à aucun gaz, l'entéroclyse à aucune matière solide. L'énorme distension de l'abdomen rend la miction difficile, la respiration est à 36, le pouls à 120, il y a du hoquet. Une consultation est demandée à deux autres confrères qui furent frappés de l'absence de facies hippocratique, mais n'hésitèrent pas à porter le diagnostic de péritonite aiguë, diffuse.

Les diagnostics de coliques hépatiques, rénales, utérines, d'appendicite et d'invagination de l'intestin furent éliminés à cause de la diffusion constante des douleurs et de leur caractère superficiel. A court d'arguments pour expliquer l'étiologie de

©BIUM

cette péritonite on finit par admettre une origine *a frigore*. Cependant l'un des consultants, en l'absence de facies hippocratique et de pouls abdominal, estimait qu'il ne pouvait s'agir d'une péritonite et il pensait se trouver en présence d'un cas d'occlusion intestinale, peut-être partielle, avec réaction péritonéale réflexe (péritonisme).

Quoi qu'il en soit, le pronostic fut très réservé et l'on pensa que la mort surviendrait dans la nuit. A minuit, l'état était tellement grave, avec pouls imperceptible et respiration superficielle, que l'extrême-onction fut administrée. Puis la malade s'endormit pendant une heure environ. Elle raconta ensuite avoir fait le rêve suivant : une religieuse morte depuis deux ans l'appelait au ciel, pendant que Saint Camille, fondateur de son ordre, lui disait que son heure n'était pas encore venue, qu'il venait pour la guérir et lui recommandait de redoubler ensuite de zèle. A son réveil, la malade demande à manger; tympanisme, douleurs, fièvre avaient disparu; elle mange, se lève et le matin à 8 heures reçoit elle-même son médecin. Un examen immédiatement pratiqué avec les consultants de la veille ne révèle rien de particulier qu'une guérison complète, sans séquelles. Un lavage intestinal permit de ramener des matières rares et molles, ce qui excluait l'hypothèse d'occlusion intestinale. La maladie avait duré quatre jours et la guérison s'est maintenue parfaite.

Pas d'antécédents héréditaires, sauf que le père est buveur. Comme antécédents personnels : troubles menstruels avec aménorrhée fréquente, principalement au moment de la maladie ici en cause; une néphrite, l'année précédente, n'avait laissé aucune trace. Il faut noter que, presque toujours, au moment des périodes menstruelles, il y avait de fortes douleurs abdominales avec vomissements et température élevée qui monta une fois jusqu'à 40°9; enfin, il y avait de la constipation habituelle.

Après la guérison, l'auteur a pratiqué sur la malade un examen somato-psychique complet; il relève : léger prognathisme, oligohémie, carie dentaire, abolition du réflexe pharyngien, asymétrie fonctionnelle des mouvements mimiques de la moitié droite de la face, tremblements fibrillaires des mains, de la langue, des paupières, réactivité circulatoire affaiblie, faiblesse des réactions émotives.

Sur ce, l'auteur estime que la nature hystérique de la maladie ne peut faire de doute. Il pense que la malade a été sugges-

©BIUM

tionnée par le cas d'une jeune fille morte peu de jours avant de péritonite tuberculeuse et à qui elle avait donné ses soins.

L'auteur se sert de cette observation pour critiquer un peu et compléter les descriptions classiques de la péritonite hystérique. Naturellement, la communauté est persuadée que cette religieuse a été favorisée d'un miracle de Saint Camille et peut-être a-t-elle autant de raisons de juger ainsi que le Dr Battistelli d'incriminer cette malheureuse hystérie. Le gros, le très gros point d'interrogation que l'on doit mettre devant le diagnostic de ce cas n'enlève cependant pas à cette observation son grand intérêt.

IX. — *Contribution à l'étude des altérations de la corne d'Ammon chez les épileptiques et de leur signification probable*; par le Dr Aleandro Benedetti (fasc. III-IV). — On a observé au niveau de la corne d'Ammon, chez les épileptiques, toute une série d'altérations, qui, pour ce qui a trait aux cellules, sont en tout semblables à celles que l'on rencontre au cours des autres maladies dans toutes les régions du système nerveux; en même temps, on a rencontré des modifications de la substance blanche tendant à la sclérose avec dégénération concomitante des parois vasculaires et petites hémorragies; si ces altérations sont fréquentes dans l'épilepsie, la question se pose encore de savoir si elles sont primitives ou secondaires. On sait, d'autre part, que la corne d'Ammon fait partie des centres olfactifs; il est donc intéressant de rechercher chez les épileptiques si des modifications olfactives correspondent à des altérations de la corne d'Ammon du côté correspondant; c'est là ce que l'auteur de cette note préventive se propose d'étudier chez 44 épileptiques des deux sexes, remettant à plus tard les constatations nécropsiques. Se servant de solutions d'essence de roses, de thymol, de benjoin, d'assa fœtida, de valériane, il a observé des sensations égales des deux côtés dans 11 cas, plus marquées à droite dans 6 cas et plus marquées à gauche dans 15 cas; dans 12 cas, il lui a été impossible d'obtenir un résultat satisfaisant. Et maintenant souhaitons pour l'auteur ce que nous ne souhaitons pas aux malades.

X. — *Contribution à l'étude de la névrose d'angoisse;* par le Dr Camillo Vitali (fasc. III-IV). — La névrose d'angoisse ou maladie de Freud se caractérise par une irritabilité générale, un état anxieux, des crises d'angoisse rudimentaires ou non, des phobies et des obsessions. L'école française combat en général l'autonomie de la névrose d'angoisse et la considère

©BIUM

comme un état intermédiaire entre les névroses et les psychoses à base d'anxiété. D'autre part, on a fait jouer un rôle prépondérant dans l'étiologie de la névrose d'angoisse à l'irrégularité des fonctions sexuelles (abstinence, suppression de la masturbation, coït inachevé, etc., etc.). A ce propos, l'auteur publie l'observation d'un malade de quarante-sept ans, fils de buveur, masturbateur jusqu'à l'âge de trente-quatre ans où il se maria et qui, depuis l'âge de vingt-cinq ans, présente de la névrose d'angoisse classique; le premier accès survint à un moment où le malade pensait à une femme. L'auteur regarde cette observation comme confirmant l'origine sexuelle du syndrome, parce que le malade s'est marié tard et évite le coït qu'il croit lui être défavorable; il pense au surplus, avec Freud, que la névrose d'angoisse est une entité morbide dans le développement de laquelle le terrain de prédisposition joue cependant un rôle indéniable.

XI. — *Sur l'akinesia algera*; par le Dr Guido Garbini (fasc. III-IV). — Une malade issue d'un père dans la famille duquel l'apoplexie était fréquente, ayant présenté de l'arthralgie avec œdème indolore des jambes, fut prise soudain, à trente ans, pendant la marche, d'une douleur aiguë et déchirante à la racine des membres inférieurs et aux lombes avec irradiations au cou et aux épaules; cette douleur disparut lorsque la malade fut couchée; elle n'était pas réveillée par la palpation, mais se reproduisait au moindre mouvement. L'application d'un vésicatoire fit tout rentrer dans l'ordre. Deux ans après, pour la délivrer de tout mal, son médecin, un peu malgré elle, lui applique un nouveau vésicatoire qui détermine aussitôt la réapparition de la douleur; celle-ci n'était calmée que par l'immobilité absolue; en même temps survint et persista une sensation de froid dans tout le corps. Des bains de boue eurent raison de cette seconde crise. Un an après, nouvelle crise à la suite d'une journée de fatigue et d'une lessive dans l'eau froide; nouvelle guérison mais avec séquelles : croisement des jambes douloureux, nécessité de marcher à petits pas et à l'aide d'un bâton. Pendant deux ans et demi, on note de temps à autre une réapparition des douleurs. Enfin, après l'enterrement d'un parent aimé, survint un évanouissement qui fut suivi d'une nouvelle rechute au cours de laquelle, même les mouvements respiratoires, réveillaient les douleurs. Internée et examinée en février 1907, la malade présentait de temps en temps une inversion de la formule des phosphates, des douleurs de la ceinture scapulo-

©BIUM

humérale réveillées par les mouvements, des douleurs des membres inférieurs à l'occasion des mouvements provoqués et spontanés, des douleurs localisées à la ceinture pelvienne et à la racine des cuisses, principalement à droite. Toutes ces douleurs n'existent qu'à l'occasion des mouvements et naturellement rendent la marche impossible. Le champ visuel est rétréci concentriquement; le fond de l'humeur est caractérisé par de la dépression. Chaque nouveau traitement institué détermine une amélioration passagère.

A l'occasion de ce cas d'akinesia algera, l'auteur fait une revue générale de ce syndrome; il le considère pour sa part comme étant de nature hystérique.

XII. — *A propos de la paranoïa dite secondaire;* par le Dr Guido Simi (fasc. III-IV). — Grâce à la diffusion des idées de Kraepelin, la paranoïa secondaire a disparu presque entièrement du cadre nosographique; mais si elle ne rencontre plus de défenseurs énergiques, assez nombreux cependant sont ceux qui déclarent ne vouloir la rayer du cadre qu'en connaissance de cause.

L'auteur de cette étude, partisan enthousiaste de Kraepelin, regarde la prétendue paranoïa secondaire comme un symptôme ou comme un complexus symptomatique faisant partie d'une ou de plusieurs maladies mentales bien définies. Pour défendre les conceptions de Kraepelin il se sert d'observations anciennement publiées et il en discute le diagnostic. La première de ces observations est celle du Traité de Krafft Ebing (traduction française, p. 426), intitulée Folie furieuse, terminaison par vésanie secondaire et dans laquelle l'auteur voit avec raison un cas de ce que nous désignons aujourd'hui sous le nom de démence paranoïde. Viennent ensuite trois observations de Tonnini (1887) qui sont, elles aussi, trois cas de démence précoce, puis deux observations extraites des archives de l'asile de Macerata, dans lesquelles l'auteur reconnaît deux cas de mélancolie présénile.

Discutant toutes les opinions qui ont été émises par les défenseurs de la paranoïa secondaire et du délire systématisé secondaire, l'auteur en vient à dire que dans tous les cas publiés on devrait alors admettre l'existence, chez le même malade, de trois maladies distinctes se succédant, savoir : une psychose primitive, un délire systématisé ou paranoïa secondaire, une démence terminale. A quoi il serait aisé de lui répondre que ceci n'exclurait nullement l'existence du délire systématisé

©BIUM

secondaire et que, d'ailleurs, délire systématisé secondaire et démence terminale sont, non pas des maladies, mais des symptômes d'évolution de la maladie première ; nombreuses sont les maladies qui, pour la commodité de la description, ont été divisées en tranches séparées beaucoup plus livresquement que cliniquement. Mais ceci n'enlève rien à la valeur des rectifications diagnostiques de l'auteur qui conclut : les délires systématisés secondaires ne doivent pas être étudiés séparément, mais seulement dans leurs rapports avec les états au cours desquels ils apparaissent ; ainsi propose-t-il de supprimer l'adjectif « secondaire ».

Année 1908.

Avec l'année 1908, les *Annales du manicome provincial de Pérouse* ajoutent à leur titre celui de *Autoriassunti e riviste di psichiatria e neuropatologia*.

I. — *Contribution au diagnostic de la névrose traumatique* ; par le Dr Renatto Rebizzi (fasc. I-II). — Cette étude repose sur l'observation d'un malade de quarante-quatre ans qui fut victime de divers accidents : asphyxie par l'oxyde de carbone à vingt-quatre ans, chute d'un toit à vingt-neuf ans, chute dans un escalier à quarante-trois ans. Depuis son second accident, qui fut très grave, le malade souffre de troubles souvent psychiques : douleurs diffuses dans le côté gauche qui fut le siège du traumatisme, bourdonnements d'oreille à gauche et éblouissements du même côté ; affaiblissement constant de tout le côté gauche du corps par suite d'une sorte d'asthénie neuromusculaire ; le malade souffre aussi de vertiges, de gastralgie, d'entéralgie, de constipation opiniâtre, parfois de polyurie, d'insomnie, de fatigue matinale. On constate que toutes les sensibilités sont un peu diminuées sur toute la moitié droite du corps et très notablement à gauche, surtout au niveau des régions traumatisées. Tous les mouvements passifs sont possibles, seuls les mouvements volontaires sont affaiblis à gauche ; l'excitabilité électrique est normale. Enfin, il y a augmentation notable des réflexes et réaction myosthénique. Le malade présente de l'hyperesthésie psychique, il est littéralement hypnotisé par son état de santé, il importune constamment les médecins ; aucun traitement n'a donné d'amélioration. La longue évolution montre que ce cas de névrose traumatique est chronique et incurable ; l'auteur a déclaré que la perte de l'aptitude

©BIUM

professionnelle était totale, parce que le travail, loin d'améliorer l'état du malade, n'a fait que l'aggraver et parce que l'état psychique est indéniablement compromis; la maladie ne peut donc pas être considérée comme locale, mais comme générale.

L'auteur estime qu'il s'agit ici d'un trouble des éléments corticaux et il en donne les raisons basées surtout sur l'existence de la réaction myasthénique. Il serait intéressant de confronter ce cas avec ceux signalés en 1909, par Max Egger et dans lesquels, chez des poliomyélitiques de l'enfance, des hématomyéliques et des hémiplégiques, il a constaté la persistance des mouvements automatiques avec paralysie volitionnelle concomitante, phénomène qu'il met sur le compte d'une paralysie de la voie pyramidale, alors que le phénomène inverse observé chez des malades atteints de lésion de la calotte protubérantielle et chez des Friedreich serait dû à une paralysie de la voie cérébelleuse.

II. — *Contribution à l'étude des altérations histopathologiques dans l'empoisonnement aigu et chronique par l'alcool*; par le Dr C. Reichlin (fasc. I-II). — Analyse retardée jusqu'à publication intégrale.

III. — *Le bromure de potassium en injection hypodermique*; par le Dr Renato Rebizzi (fasc. I-II). — Il est de règle que les médicaments doivent être sûrement, complètement et rapidement absorbés, sans que leur valeur curative soit exposée à se modifier pendant l'absorption. C'est là ce qui donne à la voie hypodermique de grands avantages sur la voie gastro-intestinale. Cela est surtout vrai pour le bromure, parce qu'il se rencontre des cas où son action doit être prompte et où son administration par la bouche est impossible. En général, les doses injectées par voie hypodermique sont trop faibles, et il est nécessaire, pour obtenir des effets utiles, d'injecter une dose d'au moins 2 grammes; malheureusement, ces injections déterminent de regrettables réactions locales; l'auteur est parvenu à pallier, dans une certaine mesure, ces inconvénients en associant au bromure l'acide phénique : l'acide phénique combat l'hyperémie en produisant une vaso-constriction, et il paralyse les leucocytes; c'est, de plus, un désinfectant. Enfin, l'adjonction à la solution bromuro-phéniquée de chlorure de sodium diminue encore la réaction locale; mais comme l'action paralysante de l'acide phénique sur les leucocytes est troublée par le chlorure de sodium, la difficulté est de trouver, une proportion dans laquelle cette action ne soit troublée qu'au minimum; et comme, d'autre

©BIUM

part, lorsqu'il s'agit d'épileptiques, l'administration de chlorure de sodium peut n'être pas sans inconvénients, l'auteur a remplacé avantageusement ce sel par le sulfate de soude. Il s'est arrêté, après de nombreux essais, à la solution suivante : bromure de potassium, 48 grammes; sulfate de soude, 1 gramme; acide phénique, 1 gramme; eau, 100 centimètres cubes. Les injections doivent se faire profondément et dans le tissu musculaire, à la dose de 2 centimètres cubes. Comme phénomènes locaux, il y a un peu de douleur, qui disparaît rapidement; aucun phénomène de bromisme n'a été observé, non plus qu'aucun trouble rénal, malgré que de très fortes doses aient parfois été injectées. Comme d'habitude, le bromure a déterminé un calme non seulement objectif, mais subjectif. Le meilleur effet a été obtenu dans les cas d'exaltation maniaque, et particulièrement dans les états d'excitation survenant au cours des démences anciennes. Dans la démence précoce, le bromure s'est montré peu efficace, mais si, après injection de 2 grammes de bromure, on administre, au bout de peu de temps, de 0 gr. 0005 à 0 gr. 001 de scopolamine, on obtient une sédation complète de la période d'agitation. Enfin, l'auteur a obtenu d'excellents résultats dans l'état de mal et dans les accès en série : il en rapporte cinq exemples.

IV. — *Délire et insuffisance hépatique*; par le Dr Camillo Vitali (fasc. I-II). — La théorie des auto-intoxications a largement conquis le domaine de la neuro-pathologie et de la psychiatrie; on sait que l'accumulation des toxines dans l'organisme reconnaît pour cause non seulement une production exagérée de poisons, mais encore une insuffisance des substances neutralisantes. Cette théorie toxique, malgré ses lacunes, a permis de dissiper, dans une très large mesure, toutes les hypothèses gratuites qui avaient cours autrefois à l'endroit des psychoses et des névroses fonctionnelles, et la doctrine plus récente des sécrétions internes a élargi encore le champ des recherches. Mais le rôle le plus important dans l'élaboration des poisons est encore joué par les organes digestifs. Les poisons digestifs peuvent, malgré leur quantité, demeurer inoffensifs si leur élimination est assurée; mais si les organes chargés de les détruire, et tout particulièrement le foie, sont frappés d'insuffisance, des troubles pathologiques peuvent en résulter. Cette insuffisance du foie joue, dans la pathogénie de quelques maladies mentales, un rôle prépondérant. Parmi les substances toxiques d'origine intestinale que le foie est ainsi

©BIUM

chargé de détruire ou de transformer, les plus importantes sont le phénol et l'indol.

L'auteur illustre son étude de deux cas de troubles mentaux par troubles digestifs. Le premier de ces cas concerne une femme de cinquante-cinq ans, de caractère habituellement mélancolique, ayant souvent souffert de gastro-entérite, ayant présenté, il y a quelques années, une grave constipation avec subictère et qui, quelques jours avant son internement, souffrait de malaises, de céphalées, d'étourdissements avec lourdeurs à l'épigastre et douleurs à l'hypocondre droit ; elle présenta ensuite de l'inconstance, de l'anxiété, des hallucinations de l'ouïe, de la clastomanie, du *tædium vitæ* avec dénutrition générale, pâleur des téguments, haleine fétide, langue pâteuse, ventre ballonné, constipation, anorexie, exagération des réflexes. Les urines contenaient de l'urobiline avec diminution de l'urée et augmentation de l'acide urique. Le régime lacté, l'administration de purgatifs déterminèrent une rapide amélioration suivie de guérison.

Le deuxième cas a trait à une femme de trente-cinq ans qui, depuis un mois, souffrait d'inappétence, de constipation, de céphalée et de faiblesse générale. Au moment de son entrée à l'asile, elle présentait de la pâleur, du subictère, des sueurs profuses, du tremblement des lèvres, de la langue et des mains ; langue pâteuse, sialorrhée, constipation, haleine fétide, ventre météorisé et douloureux, marche difficile, bradylalie et dysarthrie. On observait, en outre, de la dépression, des hallucinations et des idées de persécution, de la confusion ; diminution de l'urée, augmentation de l'acide urique, hyperacidité des urines, présence d'indican et d'urobiline, glycosurie, alimentaire positive. Guérison après sept mois d'internement.

Dans ces deux cas de délire hallucinatoire aigu autotoxique, l'auto-intoxication était essentiellement secondaire à l'insuffisance hépatique, laquelle avait été préparée par des troubles digestifs antérieurs.

V. — *La disposition des sillons et des crêtes qui convergent vers la protubérance occipitale interne dans* 33 *crânes d'aliénés* ; par le Dr Ugo Viviani (fasc. I-II). — Ainsi que l'a déjà remarqué Ledouble, on observe des différences considérables dans la direction, les anastomoses, la largeur, la profondeur des sillons qui reçoivent les sinus postérieurs de la dure-mère ; et cet anatomiste, se basant principalement sur la situation et la direction du sillon sagittal, a réparti les principales variétés de ce

©BIUM

sillon en quatre types : 1er type, le sillon longitudinal est simple, médian, rectiligne, et se continue en s'infléchissant en dehors avec un sillon latéral droit plus large que le gauche; 2e type, sillon longitudinal de même nature, mais se continuant avec un sillon gauche plus large que le droit; 3e type, sillon longitudinal se bifurquant, mais dont la bifurcation droite, plus large, se continue avec un sillon latéral droit plus large que le gauche; 4e type, sillon bifurqué, à bifurcation gauche plus large, se continuant avec un sillon latéral gauche plus large aussi. Manno (1903) réduit toutes ces différences à deux types, qui comprennent chacun un trop grand nombre de caractères pour qu'il soit permis de considérer cette réduction à deux types comme une simplification. Ces travaux de Ledouble et de Manno ont donné à l'auteur l'idée de rechercher ces différents types sur 33 occipitaux d'aliénés. Il en conclut que le type le plus fréquent est le type 4 et le moins fréquent le type 3 (2 planches).

VI. — *Contribution à l'étude des altérations histopathologiques dans l'empoisonnement aigu et chronique par l'alcool*; par le Dr C. Reichlin (fasc. III-IV). — Bien que les manifestations cliniques de l'alcoolisme soient aujourd'hui connues dans tous leurs détails, il n'existe pas encore de description complète et unanime de l'anatomie pathologique de cette intoxication. Aussi était-il naturel de recourir à l'intoxication expérimentale afin de rechercher les altérations caractéristiques produites par l'alcool. Les résultats discordants, obtenus jusqu'ici, ont conduit l'auteur à instituer une série de recherches sur le lapin. L'alcool éthylique pur, dilué dans les proportions de 20 à 30 p. 100, était administré par la sonde œsophagienne après un jeûne de quatre heures. L'auteur a institué deux séries de recherches : l'une après empoisonnement chronique (7 cas), l'autre après empoisonnement aigu (4 cas). Après mort naturelle pour les premiers lapins, et mort par décapitation pour les seconds, les centres nerveux ont été examinés à l'aide des méthodes de Nissl, Van Gieson, Weigert, Herxheimer, Donaggio, Ramon y Cajal et Bielchowsky, Wolters, Marchi; les autres organes ont été traités suivant le faire de Van Gieson et à l'aide de coloration à l'hématoxyline et à l'éosine. L'auteur a fait les constatations suivantes : dans l'empoisonnement chronique, altérations régressives des vaisseaux, chromatolyse plus ou moins marquée des diverses cellules du cortex, désagrégation des corpuscules de Nissl, rétraction du

©BIUM

noyau, disparition progressive du nucléole; de nombreuses cellules pyramidales présentent le type de l'*altération chronique* de Nissl. Les mêmes altérations se retrouvent généralement dans les cellules de la moelle, mais les noyaux y sont ordinairement bien conservés et les altérations sont surtout limitées à la base de la corne antérieure. Dans les points où les cellules corticales sont le plus altérées, il y a des altérations des fibrilles, qui ne forment plus de réticulum dans le corps cellulaire; il en est de même des cellules de la moelle. On observe des zones de dégénération dans le faisceau de Goll, ainsi que, quoique en moins grand nombre, dans la substance blanche du cerveau; enfin, il y a des phénomènes de prolifération dans la névroglie, surtout autour des éléments nerveux.

Dans l'empoisonnement aigu, l'auteur a observé que les capillaires sont souvent dilatés; les cellules corticales présentent des phénomènes variés de chromatolyse; cette chromatolyse est ordinairement centrale; on observe des amas fortement colorés; le noyau est souvent rejeté vers la périphérie, les nucléoles sont normaux. Dans le cervelet, les cellules de Purkinje sont considérablement altérées : chromatolyse intense, parfois disparition presque complète du protoplasma. Chromatolyse aussi dans les cellules de la moelle, avec altérations du réticulum cellulaire. L'augmentation des éléments névrogliques est évidente.

Les altérations viscérales ne se rencontrent que dans l'empoisonnement chronique. L'auteur a noté, au niveau du foie : déformation des cellules, granulations égales, fines, pulvérulentes, avec, quelquefois, des vacuoles plus ou moins grandes : en résumé et en général, tuméfaction, trouble des cellules hépatiques et prolifération conjonctive légère autour des vaisseaux. Au niveau des reins, tuméfaction trouble des cellules des tubuli contorti et lésions de glomérulite; congestion de la rate; dégénérescence muqueuse de l'épithélium cylindrique de l'estomac, infiltration légère du tissu sous-muqueux. Commencement de dégénérescence adipeuse du myocarde.

L'auteur reconnaît que toutes ces diverses altérations n'ont rien de spécifique, mais elles permettent de caractériser suffisamment le cadre anatomo-pathologique de l'empoisement par l'alcool (3 planches).

VII. — *Revue, considérations et recherches sur la pathogénie de l'accès épileptique;* par le Dr Alberto Ziveri (fasc. III-IV). — Nombreuses sont les interprétations qui ont été produites

©BIUM

sur la genèse et la nature de l'accès épileptique, mais on peut dire que l'ischémie cérébrale et l'intoxication ont été le plus souvent invoquées. Quant aux lésions variées que l'étude anatomo-pathologique a permis de relever, elles n'ont pu expliquer avec certitude la production des accès; aussi certains auteurs, comme Bianchi, ont-ils pu se demander, avec raison, si les dites lésions n'étaient pas plutôt l'effet des accès plutôt que leur cause.

Les deux théories pathogéniques les plus en faveur aujourd'hui sont celles de l'auto-cyto-intoxication (sérum névrotoxique) et celle de l'intoxication ammoniacale. D'après cette dernière théorie, se formeraient dans le tube digestif du carbamate et du carbonate d'ammoniaque qui se transforment ultérieurement en urée, sauf chez les épileptiques, où cette transformation ne serait pas complète; les composés ammoniacaux qui sont doués du pouvoir convulsivant circuleraient alors dans le sang. Guidi, administrant par voie gastrique du carbonate d'ammoniaque à des épileptiques et à des hystériques, constate une augmentation notoire des attaques chez les premiers seulement, en même temps que dans les urines de ces mêmes épileptiques il notait une augmentation dans l'élimination des composés ammoniacaux, sans augmentation correspondante de l'urée qui restait ordinairement à son taux habituel. Ces résultats étaient d'autant plus importants que l'auteur les appliquant à la médecine légale proposait de dépister la simulation de l'épilepsie en provoquant l'ammoniurie expérimentale.

Le Dr Ziveri a répété les expériences de Guidi, mais sans arriver aux mêmes résultats. L'élimination du carbonate d'ammoniaque s'est montrée discrète et égale à ce qu'elle est chez les individus normaux; ce carbonate d'ammoniaque n'a pas été retrouvé dans le sang et n'a pas modifié les attaques. En réalité, l'intoxication ammoniacale ne peut, à elle seule, causer les accès; ceux-ci ont, apparemment, une genèse polytoxique. La pathogénie et l'étiologie de l'épilepsie sont encore problématiques; l'épilepsie est un syndrome qui dépend de facteurs anatomiques, physiologiques, chimiques divers dont une partie nous reste encore cachée.

VIII. — *La neurasthénie de Pietro Giordani*; par le Dr Francesco Marimo (fasc. III-IV). — Pietro Giordani, de Plaisance (1774-1848), l'un des théoriciens classiques de la prose italienne qui, avec Monti, tentèrent de lutter contre le cosmopolitisme littéraire du XVIIIe siècle en cherchant à remettre en honneur la langue des grands écrivains de la Renaissance, fut

©BIUM

un esprit libéral, panégyriste de l'œuvre italienne de Napoléon, auteur du premier Risorgimento ; il eut à souffrir des persécutions de l'Autriche et jouit auprès de ses contemporains d'une considération qui, parce que ses œuvres n'égalent pas tout à fait son mérite, a aujourd'hui beaucoup faibli. Pietro Giordani eut une influence assez grande sur Léopardi auprès de qui il séjourna quelques jours à Recanati en 1818.

Pietro Giordani fut un psychasthénique grâce à sa constitution originelle qui le prédestinait à une sensibilité exagérée ; mais des préoccupations matérielles et morales y ajoutèrent beaucoup. Déjà en 1755, à l'âge de onze ans, il envisagea froidement le suicide par désespoir d'amour ; en 1798, il tenta de s'empoisonner, il est vrai avec une dose insuffisante de poison : le *tædium vitæ* était pour ainsi dire constant chez lui ; l'auteur cite à ce propos une lettre inédite de l'écrivain. En même temps, Giordani présentait de l'instabilité qui le portait à passer de l'administration dans le professorat, du barreau au couvent, mécontent de tout, de tous et de lui-même. Toute l'histoire pathologique de Giordani se trouve consignée dans ses lettres avec un luxe de détails et une désespérance qui n'appartiennent qu'à la neurasthénie. L'auteur considère que cette psychasténie constitutionnelle dont souffrit Giordani présenta une dernière phase qui fut une véritable démence sénile d'involution ; il estime qu'il faut attribuer à ces troubles psychopathiques le fait que Giordani fut, somme toute, dans ses œuvres, et seulement d'ailleurs au point de vue du fond, inférieur à lui-même ; comme tous les psychasthéniques de génie, il pouvait voler haut, mais pas longtemps, car il se fatiguait vite. L'auteur après une étude fort complète et riche d'intérêt, comprenant la vie, les amours, le caractère, la psychologie de Giordani, estime que ce cas peut illustrer la théorie du génie de Lombroso. Peut-être faut-il considérer au contraire que sans ses tares Pietro Giordani fût devenu l'homme très illustre qu'il manqua d'être. Cela ne diminue en rien le rôle considérable qu'il joua dans le Risorgimento littéraire de l'Italie et si les œuvres qu'il a laissées sont d'importance secondaire, du moins lui reste-t-il la gloire, et ceci n'est pas peu, d'avoir été l'un des initiateurs de Léopardi.

IX. — *Sur un cas de rétention prolongée d'urine d'origine hystérique ;* par le Dr C. Vitali (fasc. III-IV). — Observation d'une femme de 29 ans, fille d'un alcoolique, pour qui le mariage avec un homme qui devint ensuite épileptique fut une source de

©BIUM

chagrin ; à la suite de nouvelles peines, elle présenta des troubles nerveux : tristesse, manque d'énergie, vertiges, céphalées, puis attaque convulsive suivie d'hémiplégie droite totale et d'une rétention d'urine ayant duré trois mois.

Après un traitement prolongé, tous les phénomènes disparurent ne laissant après eux que de la céphalée et des crises de dépression avec idées de suicide qui causèrent l'internement de la malade. On observe chez elle de la pâleur des téguments et des muqueuses, du dermographisme, de l'hypotonie faciale droite; le palais est ogival, langue légèrement déviée à droite. L'abdomen est gonflé et proéminent, la palpation y est sensible et particulièrement douloureuse au niveau des ovaires, surtout à gauche; il y a hypotonie musculaire des membres droits, diminution de l'acuité oculaire, rétrécissement concentrique du champ visuel pour toutes les couleurs, légère dyschromatopsie; la sensibilité pour l'espace est un peu diminuée ; il y a hyperesthésie générale pour la douleur, légère mydriase, réflexe conjonctival diminué, pharyngien aboli, plantaire faible, patellaire exagéré à droite, pas de Babinsky. Idéation pauvre et lente, fond de l'humeur mélancolique, contentement de soi, hypertrophie du moi; mimique peu active, quelques rêves terrifiants. Céphalée au niveau du vertex, indifférence, réticence. Un mois environ après l'internement, difficulté de la miction qui s'accroît jusqu'à la rétention complète, avec polyurie de 3 à 5 litres par jour. Six mois après, crises de convulsions toniques et cloniques avec état second. Enfin, la rétention d'urine cesse au septième mois sans autre médication que la suggestion à l'état de veille.

L'auteur pense que cette rétention est due à un spasme du sphincter parce que, au début, elle céda un peu aux bains chauds prolongés et que le cathétérisme donnait la sensation d'une contraction exagérée du sphincter. L'examen des urines avant et pendant la rétention a montré seulement une légère diminution de l'urée et de l'azote total.

X. — *Méningo-encéphalite tuberculeuse localisée. Etude clinique et anatomo-pathologique*; par le Dr Alfredo Baduel (fasc. III-IV). — Il s'agit d'une femme de trente-cinq ans ayant souffert d'anémie dans sa jeunesse, ayant constamment vécu dans de mauvaises conditions hygiéniques et qui, après son second accouchement, présenta des accès de céphalalgie surtout marqués à gauche et s'exacerbant pendant l'hiver. Deux mois et demi avant son entrée à l'hôpital, cette malade commença de souffrir de céphalée nocturne qui, au bout de

©BIUM

quinze jours, devint aussi diurne. Cette céphalée était, elle aussi, surtout marquée à gauche, principalement au niveau de la bosse pariétale. Un mois et demi après, légère parésie du membre supérieur droit qui augmente peu à peu; puis le membre inférieur se prit à son tour. On observa de l'obnubilation intellectuelle avec ralentissement des processus psychiques; la fente palpébrale droite était moins ouverte que la gauche, le bulbe oculaire droit était légèrement dévié à droite et ne pouvait exécuter le mouvement de rotation en dehors. La pupille gauche était myotique, la droite mydriatique et ne réagissait ni à la lumière, ni à l'accommodation; le champ visuel était légèrement rétréci à gauche dans le secteur supérieur, la sécrétion lacrymale augmentée surtout à gauche. L'examen du fond de l'œil donna : papille agrandie, jaunâtre, à contours flous, turgescence veineuse. La langue était déviée à droite, il y avait un chapelet de ganglions cervicaux à gauche. Abdomen un peu météorisé et douloureux, crampes au membre supérieur droit, avec légère contracture, hypotonicité et diminution de l'excitabilité mécanique; suppression des réflexes à droite sans Babinsky, mais avec tonus épileptoïde.

La céphalée alla en s'aggravant; l'injection de tuberculine et l'ophtalmo-réaction donnèrent des résultats positifs; la ponction lombaire fournit un liquide normal. Enfin, on observa un accès jacksonnien caractéristique. La malade mourut moins de deux mois après son entrée; dans les derniers temps, il y eut des vomissements, de la photophobie, de la somnolence, de la stupeur, du gâtisme, de la fièvre, du coma.

Le diagnostic porté fut celui de tumeur cérébrale probablement tuberculeuse à siège cortical ou sous-cortical intéressant la zone psychomotrice et particulièrement le tiers supérieur de P^a et de F^a.

L'autopsie montra l'existence d'un semis de tubercules des méninges et du cerveau surtout au niveau de F^a, F^1, P^1 à gauche, tubercules ayant envahi non seulement la substance grise, mais encore une partie de la substance blanche sous-jacente. Il n'y avait pas trace de tuberculose dans les autres organes, sauf dans le rein droit. L'auteur pense qu'il s'agit là d'une tuberculose primitive ayant débuté par la dure-mère (2 planches).

LUCIEN LAGRIFFE.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Rapport présenté au Dr José Maria Remos Méjia, president du Conseil national d'éducation de Buenos-Aires, professeur de clinique des maladies nerveuses, à l'occasion d'expériences faites dans les écoles Nicolas Avellaneda et Onesimo Leguizamon, sur un groupe de 35 enfants débiles, maladifs, chlorotiques et arriérés en enseignement, à l'effet de les améliorer et de renforcer leur état psychique et somatique; par le Dr Ricardo Lynch, 1 vol. in-8°, Buenos-Aires, 1911.

L'importance des questions relatives à la genèse et au traitement des troubles de l'esprit donne un certain intérêt au rapport considérable publié par le Dr Ricardo Lynch, malgré l'insuffisance des expériences et l'imperfection de l'exposé des détails, défauts que l'auteur ne s'est pas dissimulés. Les recherches concernent 35 élèves de deux écoles de Buenos-Aires, enfants débiles, maladifs, de caractère irritable ou plus ou moins difficile ou encore apathiques et arriérés en enseignement. Ces recherches ont eu en vue de les améliorer et de renforcer leur état psychosomatique. L'actualité de l'étude de l'arriération psychique dans ses rapports avec certaines formes d'aliénation mentale me paraît devoir justifier les développements que j'ai accordés à l'analyse de ce document.

Le Dr R. Lynch, auteur de travaux importants sur la coprologie et l'auto-intoxication d'origine intestinale, a pensé qu'il serait bon de faire précéder l'exposé de ses expériences par des considérations démontrant, comment, par ses recherches sur les effets d'une alimentation aussi physiologique que possible, comparativement aux pratiques vicieuses que l'homme se transmet de génération en génération, il a été amené aux expériences qu'il fait connaître dans ce rapport. Il ne me semble pas indifférent de résumer ces considérations.

Les capacités digestives varient avec les différents âges de la vie; et c'est là un fait auquel on ne fait pas suffisamment attention. De la méconnaissance de cette loi naturelle peut survenir un déséquilibre susceptible d'aboutir à des désordres

©BIUM

ou états pathologiques, où les bactéries commencent à intervenir et ensuite à multiplier. Ces états pathologiques peuvent rester longtemps inaperçus, tant qu'ils ne se traduisent pas par des syndromes manifestement morbides, dyspepsie aiguë ou chronique et états préparant l'éclosion des maladies aiguës et subaiguës. R. Lynch ne croit pas à la nécessité des bactéries soit aérobies, soit anaérobies pour le maintien de la vie. En conséquence de ses recherches coprologiques et de ses observations chez l'homme et chez les animaux les plus différents de l'échelle zoologique, il est persuadé que ces bactéries déterminent au contraire des états multiples et variés nuisibles à l'état psycho-somatique. Les altérations qui en proviennent peuvent donner lieu à des manifestations de dépression, d'exaltation ou de déviation de fonctions purement cérébrales et de tous les organes du corps. Pour lui, il n'y a pas de bactéries utiles, mais seulement moins nuisibles. Il admet que, malgré leur infinie variété, il convient de les classer : 1° en exclusivement saprophytes; 2° en fréquemment saprophytes, mais facultativement pathogènes et enfin 3° en nettement pathogènes, mais facultativement saprophytes. Parmi leurs produits, quelques-uns se localisent de préférence, soit dans les organes nerveux, soit dans d'autres appareils, de même que dans les tissus des divers organes ou appareils existent des substances chimiques différentes, soit d'origine animale, soit d'origine végétale. Il attribue l'affaiblissement extrême des forces de réserve, des moyens de défense naturelle, ainsi que la détérioration matérielle, à l'action morbifique de l'alimentation irrationnelle, des digestions bactériennes et de la nutrition toxique, action qui se manifeste, soit par de la lassitude et de la fatigue, soit par des attaques aiguës ou subaiguës de maladies généralement congestives, inflammatoires et toxi-infectieuses. Il en résulte des altérations diverses qui attaquent le protoplasma et diminuent la vitalité, produisent un vieillissement précoce, qui, outre les systèmes circulatoire et respiratoire, atteint le cerveau et la moelle épinière. Les sécrétions diastasiques de la muqueuse intestinale, les produits issus de l'élaboration biliaire, les émanations des glandes de secrétion interne (corps thyroïde, hypophyse et glandes surrénales) déterminent un chimisme humoral, où les substances oxydantes et les anticorps jouent un rôle neutralisateur. Les émonctoires naturels complètent les moyens de défense par leur action éliminatrice.

Il estime que les effets pathologiques généraux et leurs com-

©BIUM

plications secondaires peuvent être évités, favorablement modifiés et réellement guéris, au moyen de régimes rationnels d'alimentation ou d'un traitement simple, en vue de réduire au minimum la multiplication et l'intervention active des bactéries dans la digestion.

En principe, tout régime est irrationnel, chaque fois que les matières alimentaires, quelque excellentes qu'elles soient, sont absorbées en quantités excessives, par rapport aux capacités digestives individuelles et aux nécessités alimentaires du corps.

R. Lynch considère comme une faute grave le régime lacto-végétarien de Metchnikoff, Combe et leurs partisans, régime qui multiplie les bactéries lactiques, bactéries qui ne sont pas chargées de défendre l'organisme contre les bactéries pathogènes. *Tout est, dit-il, antiphysiologique et extravagant dans ce régime d'alimentation lacto-végétarien si applaudi pour sa prétendue excellence.* D'autre part, il pense que l'emploi systématique des substances antiseptiques, telles que le benzo-naphtol, le calomel, le salol, la naphtaline, le camphre, la résorcine, etc... sont incapables de produire la plus légère désinfection du tube digestif. La naphtaline à doses assez fortes, au lieu de faire disparaître les bactéries, les fait augmenter en nombre, d'après Strassburger. Tandis que les meilleurs résultats proviendraient du tanocol, 3 à 6 grammes par jour, ou du thymol, 9 à 12 gr. dans l'espace de trois jours. Mais on ne doit pas dissimuler que ces médicaments ont l'inconvénient d'être irritants. « L'usage des purgatifs et des drastiques, à des moments déterminés et à doses suffisantes pour provoquer l'épuisement rapide du contenu, est un des procédés les plus sûrs et les plus efficaces pour produire une désinfection immédiate du tube digestif et une désintoxication marquée de l'organisme, par l'élimination, avec les sérosités expulsées, des substances toxiques circulant dans les humeurs. »

L'intervention de substances chimiques et extraits organiques destinés à combattre l'asthénie et l'usure vitale « serait un contresens physiologique vis-à-vis de l'activité des microbes ».

La meilleure manière, la plus rationnelle et la plus sûre est l'alimentation rationnelle. Pour la réaliser, il faudrait une connaissance approximative de la digestibilité générale et de la valeur nutritive des différentes matières alimentaires.

Après ce résumé des idées personnelles de l'auteur, j'arrive au traitement auquel il a cru devoir recourir dans les états névropathiques qu'il attribue à l'alimentation irrationnelle.

©BIUM

Il est absolument regrettable que R. Lynch ne traite ce point absolument essentiel que d'une manière incomplète, imprécise, ne mettant pas le lecteur de son travail à même d'expérimenter à son tour avec la composition exacte de chacune des formules qu'il a employées, suivant les différents cas qui se sont présentés. L'indication du motif des modifications de la composition, rendant compte des actions et des réactions que pouvait produire le mélange et enfin la manière d'appliquer ces prescriptions individuelles eussent édifié entièrement le praticien sur la valeur des médications proposées.

Voici en quels termes l'auteur fait connaître le mélange de poudres employées : « La base du traitement consiste dans l'emploi de différentes formules (qui varient de 0 à 100), dans la composition desquelles entrent : 1° des substances astringentes excito-cicatricielles et antiseptiques, comme le tanin ou les composés taniques et le bismuth; 2° des substances eupeptiques, antiacides et absorbantes, comme le phosphate de chaux et la craie préparée, et 3° des substances laxatives et purgatives comme la phénolphtaléine, la magnésie calcinée, la rhubarbe, la cascara sagrada, etc... intelligemment combinées pour que, toujours et dans tous les cas, elles soient parfaitement adaptables aux différents individus en ce qui se rapporte à la qualité et à l'intensité des réactions que l'on cherche à obtenir chez chaque sujet. »

Il attache une grande importance à l'acide tannique, qu'il envisage comme possédant une action tonico-astringente décongestionnante et excito-fonctionnelle.

Selon lui, l'emploi systématique et continu de l'association, qu'il a expérimentée, régularise l'activité secrétoire et remédie aux dommages journaliers causés par l'alimentation irrationnelle. Il s'appuie sur des faits observés par lui depuis neuf ans. Il assure qu'en appliquant systématiquement son traitement sur des milliers de nourrissons, dans son service de l'hôpital des enfants et de sa clientèle privée, il est parvenu à faciliter le sevrage d'une façon surprenante, alors que des attaques de méningisme et de broncho-pneumonie provenaient de l'intoxication aiguë. L'amélioration était toujours très rapide. Ces résultats l'ont conduit à employer ces préparations dans les tuberculoses intestinales et dans la période hémorragique des typhiques.

Il cherche à faire ressortir les effets excellents obtenus dans de nombreux cas de neurasthénie, d'hystérie et de déséquilibra-

©BIUM

tion mentale et mentionne, parmi ces cas, l'observation suivante que je résume très brièvement : Un jeune homme de vingt-huit ans, marié, père de trois enfants, jouissait d'une santé physique satisfaisante, mais était en proie, depuis six mois, à des préoccupation et à des idées bizarres, avec tendances au suicide de plus en plus tenaces et obsédantes avec insomnies pénibles. Attribuant ces phénomènes psychopathiques à une psychonévrose d'origine alimentaire, R. Lynch a prescrit le mélange de poudres, deux petites cuillerées par jour. L'action a été de déterminer deux ou trois selles toutes les vingt-quatre heures. Au bout d'un mois et demi de ce traitement, l'état psychique est devenu absolument normal. Néanmoins, ce patient a continué à prendre ces poudres mélangées, pendant deux ans et demi, sans aucun retour de manifestations psychopathiques.

Un autre cas est signalé aussi. Il s'agit d'un médecin neurasthénique par colite chronique, qui avait consulté de nombreux médecins en Europe et était allé aux stations minérales de Karlsbad, Châtel-Guyon, etc... Malgré tous les moyens employés, l'affection allait s'aggravant. L'usage des poudres a promptement rétabli l'état normal.

Enfin, le Dr Lynch a étendu ses expériences, relatives à l'action des poudres précitées, jusqu'aux animaux du jardin zoologique dont on constatait une mortalité exagérée, due à des altérations digestives aiguës. Le traitement a été si efficace que non seulement la morbidité et la mortalité ont été réduites à des proportions infimes, mais encore qu'on a réussi à augmenter beaucoup la durée moyenne de la vie de nombre d'animaux.

C'est stimulé par ces résultats du traitement spécial qu'il a imaginé, que ce médecin a résolu d'appliquer ce procédé thérapeutique à un groupe d'enfants qui, soit par influence héréditaire, soit par des causes morbides développées dans le cours de leur existence, se trouveraient dans des conditions psycho-somatiques anormales relativement à la moyenne.

Trente-cinq observations relatives à 34 filles et 1 garçon (8 filles appartenant à l'école Onésimo Leguizamon, les 27 autres enfants à l'école Nicolas Avellaneda) se trouvent insérées dans le travail actuel. On constate qu'elles ont été dressées avec le plus grand soin jour par jour. Dans chacune, de distance en distance, est inscrite l'appréciation de l'état psycho-somatique fournie par l'institutrice et par les parents. La prise des médicaments est indiquée exactement. Pour un grand nombre de ces enfants le portrait a été pris avant et

©BIUM

après le traitement et est reproduit. Il est ainsi possible de comparer la différence physionomique produite par le traitement. A cet égard, l'expérimentateur se borne à nous faire savoir la dose du mélange de substances pulvérulentes qu'il a prescrites, sans indiquer la composition exacte de ce mélange ni expliquer la signification des chiffres inscrits 30, 30^1, 30^2, 15^1, 10, 5, 3, 0, 50, etc., qui montrent une graduation descendante dans l'administration du mélange. Est noté en regard le nombre des selles ayant résulté chaque jour de l'emploi des poudres. Chaque enfant a été pesé et mesuré en arrivant, puis à la fin du traitement. Enfin l'examen de l'état organique et l'analyse psychique ont été faits scrupuleusement, contrôlés par le Dr R. Lynch et enregistrés. Il importe de constater que rien n'a été modifié dans l'alimentation habituelle et les autres conditions de la vie familiale.

Un rapport particulier de Mlle Maria-Antonia Errazabal, directrice de l'école Nicolas Avellaneda, vient confirmer les résultats consignés dans les précédentes observations. Il nous informe de la manière dont ont été choisis les sujets à expérimenter. En parcourant les différentes classes avec le Dr Lynch, la directrice a désigné les enfants présentant les caractères suivants : Aspect maladif, mélancoliques et apathiques, nerveux, étourdis et trop remuants, ceux dont l'émotivité était endormie, les peu intelligents, arriérés dans leurs études et spécialement ceux redoublant la classe. Les détails des observations font savoir que, pour ce recrutement, le médecin s'était attaché aux enfants présentant une langue saburrale et différents symptômes du côté de l'abdomen, tels que ventre douloureux à la palpation, selles plus ou moins irrégulières.

Avec l'autorisation des parents et l'aide de renseignements indispensables fournis par ces derniers, le traitement a été commencé le 11 août de l'année courante et cessé le 15 novembre suivant. Outre la rare et insuffisante alimentation dont, chez elles, étaient victimes beaucoup de ces créatures, il convient de remarquer les tableaux de misère qui se dégageaient de ce que racontaient les enfants et les parents eux-mêmes, le manque de soins, puis l'abandon et l'indifférence de quelques mères pour leurs filles.

L'auteur du rapport nous dit que le traitement n'a pu être appliqué quotidiennement, à cause des congés des dimanches et jours de fête. Chez quelques-unes, il a même été suspendu en raison d'absences à l'école dues à des maladies ou des motifs

©BIUM

futiles. Enfin, quelques enfants n'ont suivi le traitement qu'un mois et demi ou bien ont arrêté avant que les essais fussent terminés. R. Lynch reconnaît que cela a beaucoup influé pour que les résultats obtenus ne fussent pas encore meilleurs, et il faut en tenir compte pour s'expliquer comment, dans certains cas, le traitement n'a pas produit, dans le peu de temps que durèrent les expériences, les effets bienfaisants qu'il eût pu déterminer dans des circonstances plus favorables et s'il eût été appliqué plus longtemps.

Malgré cela, les conclusions inscrites par la directrice de l'école Avellaneda expriment qu'à de rares exceptions près, tous les enfants traités ont éprouvé des modifications favorables d'une nature ou d'une autre et que la majorité ont ressenti une transformation générale ; en définitive, les résultats sont encourageants et surprenants, en raison de la courte durée du traitement.

D'après l'expérimentateur, il y a lieu de déduire des notes qui ont été prises et des effets constatés dans le plus grand nombre des cas, que de l'alimentation irrationnelle, c'est-à-dire de la même cause pathogénique, peuvent provenir, chez beaucoup d'enfants, des troubles psychiques plus ou moins profonds, qui se traduisent par l'affaiblissement ou par des désordres de l'intelligence, des altérations de la mémoire, de l'attention, de la volonté, du caractère et des sentiments, sans se traduire en même temps par des troubles également marqués du développement, de la nutrition, de la vigueur physique et de l'état de santé générale du corps, tandis que, chez beaucoup d'enfants, ces troubles somatiques s'effectuent sans troubles psychiques sérieux. Il n'y a pas à s'étonner qu'un même traitement, destiné à désintoxiquer l'organisme et à améliorer les digestions, ainsi que les nutritions physiologiques du corps, par conséquent l'état sanitaire général, améliore, développe et renforcisse en même temps l'état intellectuel et moral, par l'effet de la normalisation de l'état fonctionnel et matériel du cerveau.

Les enfants débiles, anormaux et arriérés mentalement sont certainement de véritables malades qu'il faut soigner comme on le fait pour les bronchiteux, et j'admets avec l'auteur de ce rapport que les manifestations morbides mentales qui apparaissent sous forme de paresse, d'indiscipline, de défaut d'attention, d'insuffisance des opérations psychiques peuvent être modifiés avantageusement au moyen de traitements spéciaux, destinés à améliorer la nutrition générale et à désintoxiquer l'organisme,

©BIUM

pourvu que l'insuffisance fonctionnelle ne soit pas l'effet de lésions profondes et indélébiles, comme c'est le fait chez les idiots. Pourtant, en présence de l'intervention si favorable des sécrétions internes pour augmenter la capacité de certaines parties correspondant à des fonctions cérébrales d'ordre supérieur, je pense que les moyens d'amélioration expérimentés par R. Lynch, au point de vue des effets psychiques de l'alimentation irrationnelle sont très probablement un secours efficace auquel il sera utile de recourir. Toutefois, les expériences mentionnées sont assurément insuffisantes, et surtout d'une durée trop courte pour garantir le maintien de l'amélioration. Aussi le président du Conseil national d'éducation, M. le Dr J.-M. Remos Méjia, à qui est dédié le rapport, a-t-il raison d'engager notre confrère à continuer avec activité ses expériences, en élargissant le champ de ses applications dans des écoles spéciales pour enfants débiles. Dans ce but, il met à sa disposition celles qui fonctionnent l'une au parc Lezama et l'autre au jardin Olivera.

Nous attendons donc un complément du rapport actuel, nous permettant de mieux nous édifier sur la valeur réelle du traitement proposé dans les affections nerveuses et dans les cas d'arriération mentale.

ARMAND LAURENT.

Les opiomanes : Mangeurs, buveurs et fumeurs d'opium. Etude clinique et médico-littéraire; par le Dr Roger Dupouy. Préface par le professeur Régis. 1 vol. in-8°. Paris, Félix Alcan, 1912.

Le livre que M. Roger Dupouy vient de faire paraître sur les opiomanes est un travail des plus intéressants où le lecteur trouve tout ce qui concerne l'intoxication par l'opium au point de vue historique, clinique et psychologique. Une partie de cette étude — la plus curieuse — est consacrée à l'analyse de notre littérature extra-médicale de l'opium.

Faisant abstraction des morphinomanes, dont l'histoire a été si minutieusement étudiée depuis une vingtaine d'années, M. Dupouy nous initie aux habitudes des opiophages (mangeurs et buveurs d'opium) et des fumeurs d'opium. Il nous promène en Extrême Orient, en Chine, dans les cabarets d'opium où le fumeur, appuyé sur des coussins, les lèvres collées à la pipe fatale, aspire à pleins poumons la vapeur aromatique dont la

©BIUM

voluptueuse caresse procure à l'initié une exquise sensation de béatitude physique et morale.

Mais hélas, il n'est plus besoin d'aller au bout du monde pour assister à ces scènes. Paris et nos principaux ports de guerre renferment en maints endroits des fumoirs clandestins où se recrutent chaque jour de nouveaux adhérents, désireux de connaître ces félicités tant vantées. L'auteur nous fait pénétrer dans ces milieux et nous montre la nécessité d'une lutte impitoyable contre ce nouveau mal social.

L'intoxication des opiophages et des fumeurs d'opium ressemble à celle des morphinomanes. C'est d'abord la griserie et la rêverie où les facultés intellectuelles sont aiguisées et affinées, la mémoire exaltée, les dispositions naturelles ou acquises de chacun excitées et accrues. La rêverie d'opium peut être comparée à un état de sub-onirisme toxique avec torpeur mentale sans hallucinations proprement dites. Puis surviennent, avec la chronicité de l'intoxication, des troubles psychiques portant sur le caractère, la volonté, la moralité, des troubles physiques et enfin la période finale de déchéance et de mort. M. Dupouy discute la question des psychoses thébaïques chroniques, et il conclut que l'usage de fumer l'opium occasionne des troubles mentaux indéniables dont la caractéristique est la dépression, la confusion et l'affaiblissement intellectuel. A noter le fait connu que les opiomanes se recrutent surtout parmi les déséquilibrés et les névropathes.

L'étude médico-psychologique de quelques opiomanes célèbres porte sur Thomas de Quincey, Coleridge, Edgar Poë, Baudelaire, Gérard de Nerval, etc. Thomas de Quincey s'adressa d'abord au laudanum comme à un simple analgésique et par la seule violence de la douleur. Il continua l'usage du toxique pour lutter contre un fonds mélancolique et pour satisfaire son déséquilibre constitutionnel. C'était un hypertensif imaginatif et rêveur, un névrosé, amant de la solitude, de la méditation et du mystère. Nul homme comme lui n'a chanté les voluptés de l'opium ni fait mieux entendre les imprécations et les crises de souffrance du martyre. Après huit années d'un usage intermittent du toxique, il arriva à prendre par jour huit cents gouttes de laudanum.

Coleridge, autre buveur d'opium, était également un mélancolique déséquilibré, capricieux et passionné sans mesure. Son anarchie mentale, consciente et angoissante, doit être rapportée bien plus à la psychose qui l'a poursuivi durant son existence

©BIUM

entière qu'à l'opium, dont la venue est secondaire à l'apparition des premiers accès périodiques. Il ne retira guère du toxique que la honte et le désespoir, ainsi que la ruine d'une intelligence remarquablement douée.

Poë fut, croit-on, un adepte du laudanum comme Coleridge, son maître admiré, et malheureusement aussi son modèle en psycho-pathologie. Il fut surtout un alcoolique, mort dans une crise de delirium tremens. On ne peut guère discerner dans son œuvre la marque de l'opium fortement estompée, sinon effacée, par celle de l'alcool. Les artificielles excitations de l'alcool et de l'opium lui assurèrent le gain d'horrifiants et d'obsédants cauchemars dont son talent sut tirer un remarquable parti, mais le poison tua le poète.

Morne et désabusé, toujours en quête de sensations inéprouvées dont la volupté fût assez puissante pour fouetter son sang de nouveaux désirs, Baudelaire fut authentiquement un toxicomane, et plus particulièrement un opiomane, lancé à la poursuite de l'étrange et de l'extraordinaire.

L'opiumisme de Gérard de Nerval et de Barbey d'Aurevilly se rattache aux essais de poison intellectuel pratiqués par certains romantiques.

Dans cette étude médico-littéraire, M. Dupouy montre avec preuve à l'appui que l'opium n'a rien donné comme talent à ces auteurs, sauf peut-être quelques étrangetés de leurs œuvres, mais qu'il a tué sûrement leur talent avant l'heure.

L'opium constitue un redoutable fléau humain qu'il faut combattre comme l'alcoolisme. Le livre de M. Dupouy est non seulement un ouvrage scientifique de grande valeur, très documenté et très bien écrit, mais encore une œuvre sociale que tout le monde pourra lire avec fruit.

R. Leroy.

Des internements abusifs. Contribution à l'étude de l'assistance aux aliénés; par le Dr Franz Adam. *Thèse* de Lyon. Broch. in-8°. Paris et Lyon, A. Maloine, 1912.

Que le titre de la Thèse du Dr Franz Adam ne fasse pas dresser l'oreille aux aliénistes. Loin de lui est la pensée d'apporter une nouvelle contribution à la littérature déjà trop riche sur les *Bastilles contemporaines* ou les *Modernes lettres de cachet*. Il ne s'agit point ici de prétendues séquestrations arbitraires, c'est-à-

©BIUM

dire d'internement par intérêt d'individus normaux et sains. Si la séquestration arbitraire est une légende, il n'en est pas moins incontestable qu'un observateur, impartial et compétent, peut trouver, dans les asiles d'aliénés, un certain nombre de malades qui seraient mieux à leur place dans d'autres établissements.

Il existe des internements abusifs, c'est-à-dire qui sont peut-être conformes à la lettre de la loi, mais « critiquables moralement ». Le placement « n'est moralement justifié que lorsque l'asile d'aliénés s'impose comme étant le seul et le meilleur moyen de traitement et d'assistance ». En dehors de ces considérations morales, ces internements abusifs ont le grave inconvénient de contribuer à l'encombrement des asiles.

Les individus internés abusivement appartiennent à diverses catégories. « La première comprend des malades atteints d'affections générales, chroniques ou aiguës, au cours desquelles apparaissent des troubles mentaux passagers. » On place à l'asile de malheureux chroniques : parkinsonniens désagréables, cancéreux désespérés avec idées de suicide. D'autres fois, il s'agit de malades atteints d'affections aiguës : pneumonie, érysipèle, néphrite, etc., avec confusion mentale symptomatique qui guérit rapidement. Les vieillards, affaiblis intellectuellement et parfois bruyants, sont surtout victimes d'internements abusifs. Cette question préoccupe d'ailleurs depuis longtemps l'autorité administrative (rapport des inspecteurs Lunier et Dumesnil, circulaire Clemenceau). Comme le dit le Dr Mignot, en conclusion d'un rapport à M. Mirman : « Réglementairement et moralement, les vieillards doivent être placés à l'*hospice*, alors même qu'ils ont des troubles mentaux, lorsque ceux-ci n'entraînent aucune réaction pénible ou dangereuse pour l'entourage... ».

Les enfants épileptiques et anormaux (imbéciles, débiles) sont placés d'ordinaire dans les asiles, et cependant « cette manière de faire est ridicule, car on ne saurait soutenir, s'il s'agit d'un placement d'office, que des enfants soient dangereux... ». Certains malades, non guéris, mais assez améliorés pour pouvoir sortir, ne peuvent pas toujours être remis en liberté par suite des difficultés que font les familles pour les reprendre. C'est aussi pour les épileptiques que se pose la question de l'internement abusif. Beaucoup de ces malades ont des crises, variablement fréquentes, mais ne présentent pas de troubles psychiques importants ni durables. Légalement et

©BIUM

moralement, ils ne devraient pas être à l'asile, mais beaucoup demandent à y rester parce qu'ils ne savent où aller.

« On s'est élevé avec indignation contre la pratique ancienne de placer les aliénés en prison, il ne faudrait pas que, sous l'influence de conceptions philanthropiques discutables, on plaçât les délinquants à l'asile quand ils ne peuvent pas être traités avec fruit. » Les deux solutions, diamétralement opposées en apparence, conduisent au même résultat. Beaucoup d'invertis moraux seraient mieux à leur place dans des établissements spéciaux qu'avec les aliénés.

Seule l'imperfection de l'assistance est la cause des internements abusifs. On envoie à l'asile les malades difficiles qu'on ne sait où placer. Les Administrations hospitalières, justement inquiètes de leur responsabilité en cas d'accident, font leur possible pour se débarrasser des malades bruyants et agités (le nombre de véritables aliénés, placés à l'hôpital par leur famille pour éviter les formalités d'internement, est inimaginable). Les vieillards assistés souffrent du voisinage des imbéciles et des séniles qui, sans être dangereux, sont bien désagréables et demandent leur internement. C'est pourquoi tout le monde approuvera le Dr Adam de proposer des solutions pratiques, réalisables immédiatement.

Les malades aigus ou chroniques, présentant des troubles mentaux, pourraient être placés dans un service spécial, servant en même temps de salle d'observation, comme celui du Dr Régis à Bordeaux. Ou bien on pourrait les envoyer dans de petits hôpitaux annexés aux asiles.

L'extension de l'assistance hospitalière et familiale pour les vieillards éviterait beaucoup d'internements. Pour les enfants, des établissements spéciaux pourraient être créés. Enfin, le développement de colonies agricoles pour les aliénés capables de travailler, permettrait aux malades tranquilles de jouir d'une liberté relative.

Ce qui plaît dans la Thèse du Dr Adam, c'est qu'elle est réellement pratique ; elle n'a pas été faite par compilation dans une bibliothèque. Les observations, les anecdotes qu'elle contient nous transportent dans la vie quotidienne de l'asile. On sent que l'auteur a été « nourri dans le sérail ».

PAUL GUIRAUD.

©BIUM

La Fantasia (L'imagination) ; par le Dr Cypriano Giachetti. 1 vol. de 304 pages. Turin, Fratelli Bocca, éditeurs, 1912.

Sous le nom de « fantasia », l'auteur étudie la psychologie de l'imagination créatrice depuis ses premiers linéaments chez le jeune enfant jusque chez les écrivains les plus connus. Il n'a point abordé dans cet ouvrage relativement court le rôle de l'imagination dans les arts plastiques et dans la musique. L'imagination créatrice est fille de la mémoire, comme le savaient déjà les Grecs. Le souvenir se revivifie spontanément ou volontairement, mais l'imagination créatrice ne peut avoir pour fondement que la reviviscence volontaire dans un but déterminé. La phrase célèbre de Buffon : « Le génie est une longue patience », peut s'interpréter que l'imagination créatrice serad'autant plus vive que la mémoire se sera mieux et plus longtemps exercée.

L'imagination créatrice est avant tout une faculté individuelle qui prend son origine dans le sub-conscient et dont il est difficile de dégager les lois générales. A l'élément reviviscence mnésique s'ajoute un phénomène d'émotivité essentiellement variable suivant les sujets et les objets. L'absence de tous liens logiques caractérise les imaginations créatrices des intoxiqués et des aliénés et, à ce sujet, l'auteur insiste longuement sur l'intéressante étude publiée ici même par Lagriffe sur Guy de Maupassant. Giachetti, partisan de la doctrine de Lombroso, insiste peut-être beaucoup sur les perversions imaginatives d'Edgar Poë, de Verlaine, d'Hoffmann, de Byron, de Baudelaire, et étudie même le fameux sonnet des voyelles de Rimbaud. Dans un chapitre particulier, l'auteur étudie l'action de certaines drogues sur l'imagination. Parmi ces paradis artificiels, il considère le haschich, l'opium, la coca, qui sont les principaux. Il fait simplement mention, sans l'étudier, de l'alcool, grosse question que l'on ne peut aujourd'hui traiter sommairement. L'auteur étudie aussi la sublime imagination des Newton et des Montgolfier, de Michelet, de Victor Hugo, de Dante, des fabulistes, des auteurs des Mille et une nuits, de Gozzi, de Goldoni et d'Andersen. Chez les aliénés, il étudie surtout les psychasthéniques et les neurasthéniques, les malades atteints de psycho-névrose au sens de Dubois et enfin le délire onirique et celui de la paralysie générale. Mais là, l'imagination créatrice a perdu sa principale caractéristique, le but défini qu'elle poursuit chez l'homme normal.

L. Wahl.

©BIUM

Psicofisiología de la curiosidad (Psychophysiologie de la curiosité) ; par le Dr José Ingegnieros. Broch. in-8° de 32 pages. Extrait de la *Revista del Centro Estudiantes de medicina*, avril 1910.

La curiosité est un phénomène primitif de notre vie mentale, dont la genèse n'a pas encore été clairement élucidée. La vie pouvant être conçue biologiquement comme une adaptation continue de l'organisme au milieu qui l'entoure, l'activité psychique a pour objet de régler cette adaptation, à l'aide de mouvements appropriés aux conditions extérieures révélées par les sens : c'est dans la nécessité organique de connaître ces conditions extérieures qu'est l'origine biologique de la curiosité. La base instinctive de toute curiosité est dans la nouveauté d'une excitation de nos sens, dont nous ne savons si elle est utile ou nuisible. La curiosité est toujours utilitaire, parce que l'accroissement de notre expérience, la connaissance plus approfondie de la réalité nous favorise dans la lutte pour la vie. La curiosité est un instinct intellectuel, c'est-à-dire une tendance acquise dans le cours de l'évolution des espèces (Romanes, Darwin ont donné maints exemples de curiosité chez les animaux), fixée avec des caractères hautement différenciés dans l'évolution de l'espèce humaine, et transmise héréditairement sous forme d'une « habitude » de la fonction de connaître. Bien que ses degrés et ses aspects varient avec chaque individu, son rôle croît progressivement avec le développement psychique de l'humanité.

La curiosité étant une fonction utile, chaque espèce, chaque race possèdent les formes de curiosité les plus appropriées à leurs besoins. Chez les peuples primitifs (Ribot, Patrizzi), dans les classes sociales inférieures des pays civilisés, chez les hommes sans culture, on ne rencontre que les formes inférieures de la curiosité, celles qui servent directement à leurs nécessités immédiates. La curiosité de l'idiot est à peu près nulle (Sollier), celle de l'imbécile n'est que la caricature de la curiosité. Celle de l'enfant, instable, est proportionnelle à son intelligence. Le caractère essentiel de la curiosité est son parallélisme avec le développement mental et son évolution progressive vers des formes de moins en moins directement utilitaires, dont la plus haute expression est la curiosité intellectuelle proprement dite. Celle-ci n'est pas désintéressée, comme on l'a dit souvent par erreur, mais son intérêt est indirect et

©BIUM

médiat. Comme tous les sentiments, la curiosité est soumise à des conditions physiologiques qui la font varier : accrue dans les états euphoriques, elle est affaiblie dans les états dépressifs, dans les maladies qui épuisent l'organisme, dans la vieillesse, etc... Elle reconnaît trois phases psychologiques, distinguées par Ribot : la surprise, l'étonnement, l'interrogation, avec substratum physiologique différent pour chacune d'elles. La surprise est un phénomène de désadaptation organique provoqué par la sensation inattendue, suivi d'une réadaptation de l'organisme à cette sensation (étonnement); l'interrogation tend à assimiler l'objet nouveau à nos perceptions et représentations antérieures (Ribot). Les formes psychologiques de la curiosité, aussi nombreuses que les objets soumis à notre désir de connaître, peuvent être rangées, comme le fait Patrizzi, en trois groupes : 1° la curiosité sensorielle, désir d'une sensation, inséparable du ton affectif qui accompagne celle-ci; 2° les curiosités affectives ou émotives, correspondant à des sentiments : curiosité sociale, morale, esthétique, etc.; 3° la curiosité intellectuelle, le plus souvent indirectement utilitaire, quelquefois inclination mentale dépourvue de toute arrière-pensée pratique et convertie alors en une véritable passion intellectuelle.

Cette intéressante étude psychologique ne va pas sans conclusions pratiques, qui se résument dans la nécessité de stimuler la curiosité intellectuelle, base de toute culture individuelle et collective, et d'éduquer les sentiments intellectuels, dans le danger de nous abandonner sans méthode à toutes les sollicitations de notre désir de connaître, et dans l'inconvénient de négliger la culture intellectuelle au profit du développement musculaire.

L. ARSIMOLES.

La psicologia biologica (La psychologie biologique); par le Dr José Ingegnieros. Publié dans l'*Argentina médica* du 12 février 1910. Broch. in-8° de 28 p., Buenos-Aires, 1910.

La psychologie contemporaine, ayant pour objet l'étude des fonctions psychiques chez l'homme et dans les espèces animales, est une science biologique; les fonctions psychiques ne se réduisent pas à des états de conscience, leur existence réelle est une donnée primitive de l'expérience. Tels sont les postulats que pose l'auteur au seuil de cette étude, où il esquisse en un

©BIUM

vigoureux raccourci l'orientation générale des études psychologiques. Les fonctions psychiques, conditionnées par la structure et la physiologie du système nerveux, ne sont qu'une fraction spécialisée de l'énergie biologique. Leur étude doit utiliser toutes les méthodes des sciences biologiques et sociales, sans exclure pour cela l'introspection. L'observation complète et méthodique du fait psychologique doit l'envisager sous ses trois aspects essentiels : 1° dans l'organisme et dans le cerveau ; 2° dans l'hérédité ; 3° dans le milieu où l'individu puise les données expérimentales qu'élaborent ses organes. La psychologie n'est donc pas seulement l'étude des états de conscience, la conscience n'étant que l'une des manières dont se manifeste l'énergie psychique. Tout permet de prévoir la future orientation des recherches psychologiques vers une *psychologie génétique*, qui suivrait la formation des fonctions psychiques à travers l'évolution biologique des individus et des espèces, ces fonctions étant considérées comme une acquisition progressive de l'expérience.

Quelle est la situation actuelle de la psychologie biologique parmi les sciences ? Quelle est sa valeur au point de vue philosophique ? Elle possède évidemment un domaine trop restreint pour prétendre à fournir une explication de l'univers. Mais elle peut prendre place parmi les essais contemporains de philosophie scientifique, au nombre desquels se rangent le *relativisme mathématique* de Poincaré, l'*énergétique scientifique* d'Ostwald, etc. : philosophies partielles, et d'amplitude limitée à une seule branche de connaissances scientifiques. La psychologie peut de même faire éclore une philosophie partielle touchant la vie psychique des êtres vivants, à condition de considérer celle-ci dans ses rapports avec les phénomènes biologiques. Cette conception, qui fait rentrer la psychologie dans le cadre des sciences naturelles, nous rapproche du monisme scientifique et rejette dans l'histoire la théorie du parallélisme de l'esprit et de la matière. Nous assistons depuis peu, avec le pragmatisme, à une réaction philosophique extra-scientifique, qui fait appel à l'intuition et à l'expérience empirique pour arriver à une connaissance de la réalité distincte de la connaissance scientifique. Mais les espérances que fondent sur cette doctrine les spiritualistes et les néo-idéalistes (ses applications morales et sociales mises à part) ne sont qu'une illusion. Pour James et Bergson, la vie psychique et la conscience sont un processus continu en évolution constante. Ce concept du psychisme n'est

CBIUM

point en contradiction avec la psychologie scientifique à laquelle on veut l'opposer, puisqu'il considère les faits psychologiques comme des manifestations de la matière vivante en évolution continue.

L. ARSIMOLES.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

HANS W. GRUHLE. Die Ursachen der jugendlichen Verwahrlosung und Kriminalität. Studien zur Frage : Milieu oder Anlage. 1 vol. in-8° de 454 pages. avec figures dans le texte et tableau. Berlin, Julius Springer, 1912.

A. HOCHE. Dementia paralytica. — W. SPIELMEYER. Die Psychosen des Rückbildungs — und Greisenalter. 164 pages in-8° du *Handbuch für Psychiatrie* publié par le professeur G. Aschaffenburg. Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1912.

G. MARTINI. Sopra un caso di tumore della protuberanza anulare. 18 pages in-8°. Extrait de la *Rivista di Patologia nervose e mentale*, 1912, fasc. 3.

PH. CHASLIN. Eléments de sémiologie et clinique mentales. 1 vol. in-8° cart. de 956 pages. Paris, Asselin et Houzeau, 1912.

RAECKE. Grundriss der psychiatrischen Diagnostic. 3e édition. 1 vol. in-12 de 158 pages, avec 14 figures dans le texte. Berlin, August Hirschwald, 1912.

MAURYCY URSTEIN. Manisch-depressives und periodisches Irresein als Erscheinungsform der Katatonie. Eine Monographie. 1 vol. in-8° de 650 pages. Berlin et Vienne, Urban et Schwarzenberg, 1912.

ANDRÉ THOMAS. Psychothérapie. Introduction du professeur Déjerine. 1 vol. in-8° de 519 pages, cart., de la *Bibliothèque de thérapeutique Gilbert et Carnot*. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1912.

F. ADAM. Pudeur morbide chez un jeune soldat. *Le Caducée*, numéro du samedi 15 juin 1912.

Rapport sur le service des aliénés du département de la Seine pendant l'année 1910. 1 vol. in-folio de 534 pages. Paris. Imprimerie nouvelle, 1911.

A. LAURENT. Des rapports des transformations du cerveau et de l'évolution psychique. *L'Educateur moderne*, numéros du 15 décembre 1911, des 15 avril et 15 juin 1912.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Décret du 1er *novembre* 1912 : Sur la proposition du ministre du Commerce et de l'Industrie :

A été promu officier de la Légion d'honneur, M. Masson (Pierre-Vincent-Sébastien), libraire-éditeur à Paris. Grand prix à l'Exposition de Turin (classe 152). Chevalier du 14 août 1900.

A été nommé chevalier de la Légion d'honneur, M. le Dr Roubinovitch (Jacques), médecin de Bicêtre, médecin en chef de l'Union française pour le sauvetage de l'enfance. Grand prix (classe 162) à l'Exposition de Turin, obtenu par l'Union française pour le sauvetage de l'enfance ; vingt-six ans de pratique professionnelle.

— *Mouvement dans les asiles de la Seine.* Par suite de la mise à la retraite de MM. les Drs Boudrie et Magnan, et de la nomination au concours de deux nouveaux médecins en chef, MM. Capgras et Juquelier, les changements suivants ont été apportés dans le service médical des asiles d'aliénés de la Seine :

M. le Dr Marcel Briand passe de l'asile de Villejuif à l'asile Sainte-Anne, au service de l'admission, en remplacement de M. Magnan ;

M. le Dr Legrain passe de l'asile de Ville-Evrard à l'asile de Villejuif ;

M. le Dr Trenel passe de l'asile de Maison-Blanche à l'asile de Ville-Evrard, en remplacement de M. Legrain ;

M. le Dr Capgras remplace M. Trenel à l'asile de Maison-Blanche ;

M. le Dr Rogues de Fursac, médecin en chef du pensionnat de Ville-Evrard, passe à l'asile de Ville-Evrard, en remplacement de M. Boudrie ;

M. le Dr Truelle, directeur-médecin de l'asile de Moisselles, remplace M. le Dr Rogues de Fursac au pensionnat de Ville-Evrard ;

©BIUM

M. le Dr Juquelier est nommé directeur-médecin de l'asile de Moisselles.

— *Arrêtés de septembre* 1912 : M. le Dr Jabouille, reçu le cinquième au concours d'adjuvat de 1912, est nommé médecin adjoint de l'asile de Limoux (Aude) ;

M. le Dr Chocreaux, médecin en chef de l'asile de Lommelet (Nord), est promu à la 1re classe de son grade (8.000 fr.) ;

MM. les Drs Magnan et Boudrie, admis à faire valoir leurs droits à la retraite, sont nommés médecins honoraires des asiles d'aliénés.

— *Arrêtés d'octobre* 1912 : M. le Dr Ducosté, médecin adjoint de l'asile de Pau, est nommé médecin adjoint de l'asile de Ville-Evrard ;

M. le Dr Naudascher, médecin adjoint de l'asile de la Charité-sur-Loire (Nièvre), est nommé médecin adjoint de l'asile de Pau ;

M. le Dr Briche, médecin en chef de l'asile de Bailleul (Nord), est nommé médecin en chef de l'asile d'Armentières (Nord), en remplacement de M. le Dr Raviart, nommé médecin en chef de la Clinique départementale d'Esquermes (Nord).

LA MÉDAILLE DE 1870 DÉCERNÉE A UN MÉDECIN ALIÉNISTE

La médaille commémorative de 1870-1871, avec l'agrafe d'engagé volontaire, vient d'être décernée par le ministre de la Guerre à notre distingué collègue, le Dr Armand Laurent, ancien médecin en chef des asiles d'aliénés de Marseille et de Fains. Nous adressons nos bien vives félicitations au doyen des collaborateurs des *Annales* dont le grand âge n'a en rien diminué l'activité intellectuelle et qui s'intéresse toujours avec la même ardeur aux choses de la médecine mentale.

La Dépêche de Rouen, dans son numéro du jeudi 12 septembre 1912, a saisi l'occasion pour rappeler les services exceptionnels que notre collègue a rendus, pendant l'année terrible, aux combattants de la Seine-Inférieure ; nous ne saurions mieux faire que de reproduire ces lignes qui honorent à juste titre notre collaborateur et justifient pleinement la distinction qui lui a été décernée.

« Né le 24 mai 1832, M. le Dr Laurent, marié et père de famille, avait eu à cœur de prendre part à la défense de la patrie. Déjà, en octobre 1870, il était parti comme aide-major attaché au détachement des volontaires de la garde nationale de Rouen, qui ont opéré contre Gisors. Il fut ensuite nommé, en novembre 1870, chirurgien-major de la première légion des Mobilisés de la Seine-Inférieure, composée de huit bataillons

©BIUM

formés par l'arrondissement de Rouen, et prit part au combat de Buchy.

« Embarqué au Havre, avec quatre bataillons de Mobilisés pour Cherbourg (général Briant), il se rendit avec ces bataillons au camp de Besneville. Là, il fut chargé en chef du service médical de tout le camp, composé d'environ 10.000 hommes. A ce titre, il organisa, dans la commune de Besneville, une ambulance qui fonctionna à partir du 15 décembre jusqu'au 2 janvier 1871 et ne reçut pas moins de 159 malades. Ce médecin en soignait 60 à 75 par jour. Par défaut de local, il dut évacuer jusqu'à 20 malades par jour sur les hospices de Saint-Sauveur et de Valognes. Le rapport adressé au commandant en chef de ce camp relate les différents détails concernant cette ambulance.

« En quittant Besneville, le 2 janvier, le Dr Laurent suivit la première légion des Mobilisés qui faisait partie de la première brigade de la deuxième division du 19e corps (2e armée de la Loire) et fit avec ces bataillons la fin de la campagne. Il fut licencié avec l'armée de la Loire, le 9 mars 1871. »

Nous ne saurions oublier que, depuis 1870, M. Laurent a été un des apôtres les plus convaincus et aussi les plus actifs de l'hygiène et de l'éducation de l'enfance arriérée. Son action dans cette double voie a été considérable, comme le fait remarquer *la Dépêche de Rouen*, dans le passage suivant de son article :

« C'est en 1872 que le docteur fonda la Société protectrice de l'Enfance de Rouen, faisant ensuite pendant plusieurs années des cours publics d'hygiène de l'enfance à Rouen et à Elbeuf.

« En 1884, il organisa le Bureau municipal d'hygiène de notre ville à titre absolument gratuit. En juillet 1884, il organisa le premier congrès d'hygiène industrielle qui ait eu lieu en France et dont il était l'instigateur. A la fin de cette même année, il fonda la Société normande d'hygiène pratique et, l'année suivante, créait le cours public et gratuit de cuisine hygiénique, qui a eu un si grand succès pendant trois années consécutives.

« Enfin, signalons, en terminant, la fondation, en 1908, de la Société des Amis de l'Enfance pour le développement des enfants arriérés. Cette association s'est imposé la mission de faire diminuer le nombre des enfants arriérés et d'améliorer ceux qui existent. Une consultation médico-pédagogique provoquée par elle fonctionne régulièrement à cet effet le jeudi de chaque semaine. La création de cette dernière société est le complément psychologique d'efforts persévérants consacrés à la vulgarisation de l'hygiène infantile et l'hygiène de tous les âges. »

©BIUM

LE FLÉAU DE L'ALCOOLISME (1)

Les documents très complets que publie le *Bulletin de statistique* sur la consommation de l'alcool en France pendant l'année dernière permettent d'apprécier exactement les progrès alarmants que l'alcoolisme fait dans notre pays et les ravages croissants causés par ce fléau si redoutable pour la force et l'avenir de la race française.

L'administration des contributions indirectes ne peut donner de renseignements précis que sur la consommation taxée. En ce qui concerne les bouilleurs de cru, dont elle estime le nombre à 835.000, ses évaluations ne présentent aucune garantie d'exactitude, puisqu'ils distillent en dehors de toute vérification et que leur production n'est pas contrôlée. Or, voici ce que nous savons de façon certaine sur la consommation imposée, c'est-à-dire sur les quantités d'alcool qui, après avoir été soumises aux droits, ont été absorbées l'an dernier.

En 1911, il a été consommé 1.574.018 hectolitres d'alcool *pur*, c'est-à-dire supposé à 100 degrés. Ce chiffre doit être triplé si on veut connaître le volume des boissons alcooliques, eaux-de-vie, absinthe, liqueurs diverses, englouties par nos compatriotes.

En 1910, la quantité d'alcool pur imposée avait été de 1.399.034 hectolitres.

La consommation a donc augmenté d'une année à l'autre, de 174.984 hectolitres d'alcool pur, c'est-à-dire de plus de 11 p. 100.

Et qu'on ne vienne pas prétendre que l'année dernière fut exceptionnelle. Qu'on ne cherche pas, comme tente de le faire la régie, des explications et presque des justifications à cette aggravation de l'alcoolisme. « L'augmentation de 174.984 hectolitres, qui, dans l'ensemble, ressort par rapport à 1910, est due, lisons-nous dans le *Bulletin de statistique*, à la prospérité industrielle du pays (!) et surtout au déplacement de consommation qu'a déterminé, en faveur des boissons spiritueuses, la pénurie de la récolte des vins et des cidres en 1910. » Cette explication ne vaut rien. La vérité lamentable est que *chaque année, régulièrement, l'alcoolisme progresse* : la consommation croît d'une façon méthodique, que la récolte des vins et des cidres ait été bonne ou mauvaise.

Voici, en effet, les quantités d'alcool pur soumises annuel-

(1) Extrait du *Temps*, numéro du dimanche 25 août 1912.

©BIUM

lement au droit général de consommation depuis 1907, date à laquelle fut rétabli le privilège des bouilleurs de cru, en sorte que la comparaison ne peut être faussée par aucun élément étranger :

	Hectolitres.
En 1907	1.289.408
En 1908	1.339.578
En 1909	1.342.006
En 1910	1.399.034
En 1911	1.574.018

La progression est donc régulière. Elle s'est particulièrement accentuée l'an dernier ; mais la consommation n'avait cessé de monter chaque année, si bien qu'en 1911, elle a été de près de 20 p. 100 supérieure à ce qu'elle était il y a cinq ans.

Cette proportion, déjà énorme, doit être doublée en ce qui concerne le plus nocif des spiritueux : l'absinthe, en dépit de la surtaxe, a vu sa consommation passer, pendant la période considérée, de 160.000 hectolitres (en alcool pur) à 220.000, ce qui représente une augmentation de 60.000 hectolitres et de 40 p. 100.

On se rendra mieux compte de la gravité du mal en déduisant des chiffres qui précèdent la consommation moyenne par habitant, c'est-à-dire en divisant les quantités globales d'alcool imposées par la population de la France, sans distinction d'hommes, de femmes ou d'enfants. On constate ainsi que la quotité moyenne par habitant de la consommation en alcool pur, qui était, en 1907, de 3 litres 31, s'est élevé, en 1911, à 4 litres 06 ; et l'ascension a été continue :

En 1907	3 lit. 31
En 1908	3 — 44
En 1909	3 — 46
En 1910	3 — 59
En 1911	4 — 06

Telles sont les indications résultant des statistiques officielles. Mais ces chiffres effroyables sont fort au-dessous de la réalité. Car, à la consommation taxée, doit s'ajouter la production non contrôlée des bouilleurs de cru. L'administration évalue, sans la moindre précision d'ailleurs, à 143.000 hectolitres la quantité d'alcool pur qu'un privilège — injustifiable par d'autres raisons que les plus tristes considérations électorales — fait échapper au fisc, et qui contribue à aggraver le mal dans les campagnes.

©BIUM

Contre l'alcoolisme, une lutte implacable doit être entreprise. Une première mesure s'impose : la limitation du nombre des débits. La multiplicité des cabarets, qui, pour ainsi dire, à chaque pas sollicitent le malheureux sans force pour résister à la tentation, constitue une véritable provocation à l'alcoolisme. La Chambre se doit de voter, à la rentrée, la proposition dont elle n'a pas encore eu le courage de commencer l'examen. Elle ne saurait refuser plus longtemps son concours à une œuvre de salubrité nationale.

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

Dans l'Afrique occidentale française. — On lit dans le *Temps* (numéro du vendredi 9 août 1912) :

Le Gouvernement français se préoccupe, à juste titre, de combattre l'alcoolisme en Afrique occidentale française, de même que l'Angleterre le combat dans la Nigeria. Un décret, en date du 2 août, élève le droit sur l'alcool, dans cette colonie, de 200 francs à 215 pour les alcools d'origine française, et à 255 pour les alcools d'origine étrangère. La surtaxe de 40 francs, frappant les alcools étrangers, a été jugée nécessaire pour favoriser la vente des produits français, dont la bonne qualité, affirme le rapport ministériel, contraste avec l'infériorité des alcools concurrents.

Le même décret majore, dans une certaine mesure, les droits frappant les tabacs, de façon à procurer au budget local de nouvelles ressources financières.

Au Conseil municipal de Brest. — Le Conseil municipal de Brest, désireux de combattre l'alcoolisme, a décidé, pour empêcher toute création nouvelle de débits, de porter de 150 mètres à 250 mètres le périmètre d'interdiction d'ouverture de cafés autour des établissements municipaux : écoles, lycées, théâtres, hôpitaux, etc.

Au Conseil général du Gers. — Le Conseil général du Gers a, dans sa dernière session, émis le vœu suivant :

« Que l'interdiction de la fabrication et de la vente de l'absinthe soit fixée au plus vite par une loi afin de sauvegarder la vie physique, intellectuelle, morale et sociale de la France. »

Arrêté du maire d'Angers. — On lit dans le *Temps* (numéro du mercredi 11 septembre 1912) :

Le Dr Barot, maire d'Angers, est un adversaire déterminé de l'alcoolisme. Mais il ne se contente pas de dire qu'il l'est. Et, comme maire d'Angers, il vient de prendre, en vue de parer autant qu'il est en son pouvoir, au progrès de l'alcoolisme, un arrêté qu'on peut citer comme exemple.

©BIUM

Après avoir, en quelques considérants, signalé les conséquences funestes de l'alcoolisme, le Dr Barot arrête :

« Article premier. — Conformément au paragraphe 2 de la loi du 23 janvier 1873, toute personne trouvée en état d'ivresse manifeste, sur la voie ou dans les établissements publics, sera, par mesure de police, conduite à ses frais au poste le plus voisin jusqu'à ce qu'elle ait recouvré la raison. »

L'article 2 énumère les pénalités prévues pour la répression de l'ivresse manifeste et l'article 3 rappelle « aux cafetiers, débitants, cabaretiers, que les articles 4, 5 et 7 de la loi du 23 janvier 1873 punissent, avec sévérité, le fait de donner ou laisser donner à boire à des gens manifestement ivres ou même de les recevoir dans leurs établissements, et prévoient, en cas de récidive, la fermeture temporaire de ces établissements ».

Les aliénés en liberté (*suite*).

80. *Agression violente* — On lit dans *le Journal* (numéro du dimanche 21 juillet 1912) :

Une vieille fille, de famille riche, mais dont le cerveau est quelque peu dérangé, Mlle Lucie P..., qui habite un grand hôtel du quartier du Roule, injuriait, hier après-midi, un garde des jardins du Trocadéro qui, lassé à la longue des insultes de la démente, la fit conduire au commissariat du quartier de la Muette.

Là, on dut faire attendre Mlle P... pendant quelques instants dans le bureau des inspecteurs en attendant que sa famille, prévenue, vint la chercher. Mais soudain, la pauvre folle se leva et s'élançant sur l'inspecteur Lodenot, en train de rédiger son rapport, elle le saisit par les cheveux et tira si fort qu'il ne fallut pas moins de huit agents pour lui faire lâcher prise.

Furieuse de voir sa proie lui échapper, l'aliénée se mit alors à invectiver le malheureux policier jusqu'à l'arrivée des parents, qui furent invités à surveiller plus attentivement la dangereuse vieille fille.

81. *Tentative de meurtre et de suicide.* — On télégraphie du Havre au *Petit Journal* (numéro du 30 juillet 1912) :

Le concierge de l'Union chrétienne des jeunes gens, Delphin Grémont, âgé de quarante-six ans, donnait depuis quelque temps des signes de dérangements cérébraux. Il avait déjà tenté de se pendre. Hier soir, au cours d'un nouvel accès de folie, il profita de ce que sa femme lui passait son faux-col pour lui porter un coup de rasoir à la gorge. Pendant que la malheureuse allait se faire panser dans une pharmacie, Grémont essaya de se trancher la gorge avec le même rasoir. Il s'est fait

©BIUM

une très grave blessure. On l'a transporté à l'hôpital Pasteur.

82. *Excentricités et violences.* — On télégraphie de Tarbes au *Petil Journal* (numéro du mardi 6 août 1912) :

Les agents préposés à la garde du sanctuaire, à la grotte de Lourdes, entendirent dimanche, vers 3 heures du matin, un bruit extraordinaire qui provenait de la grotte même. Ils se dirigèrent de ce côté.

Ils aperçurent debout, en équilibre sur la tête de la Vierge, un individu qui, tout en proférant des imprécations, cherchait à mutiler la statue. Déjà il avait enlevé la couronne de la tête et, à coups de pieds, il frappait autour de lui.

A l'aide d'échelles, les employés de la grotte parvinrent jusqu'au sommet du monument et, après une lutte acharnée, ils purent s'emparer du forcené et le ligoter. Il fut conduit au violon municipal, où on s'aperçut que l'on avait affaire à un dément. C'est un Hongrois, âgé de vingt-deux ans, qui était venu à Lourdes avec sa mère.

Les dégâts causés par ce malheureux sont assez importants.

83. *Double meurtre et suicide.* — On télégraphie de Niort au *Petit Journal* (numéro du samedi 10 août 1912) :

M. Richard, garde républicain en retraite, habitant Le Vert depuis six ans, tenait depuis quelque temps des propos si incohérents que ses amis le surveillaient attentivement. On était cependant loin de prévoir le drame épouvantable qui vient de se dérouler.

Comme on ne voyait pas la famille Richard vaquer à ses occupations, les voisins inquiets prévinrent un parent. Celui-ci força la porte et entra dans la maison. Un horrible spectacle s'offrit à ses yeux : M. Richard, sa femme et son fils gisaient inanimés dans le sang. La pauvre mère était étendue sur le dos, son enfant sur elle; le corps du père se trouvait aux pieds de sa femme. A côté, on aperçut un rasoir qui avait servi à M. Richard pour tuer sa famille dans un accès de folie furieuse.

84. *Tentative de meurtre et suicide.* — On lit dans le *Temps* (numéro du dimanche 11 août 1912) :

A Amiens, un ancien droguiste, Jules Defruit, quarante-neuf ans, sorti récemment d'un asile d'aliénés et abandonné par sa femme légitime, s'était mis en ménage avec la veuve d'un employé de chemin de fer, M^me^ Hentzi. Celle-ci décida peu après de retourner au pays natal. Désespéré, Defruit tira, hier matin, deux coups de revolver sur sa compagne. Après quoi, croyant l'avoir tuée, il se fit sauter la cervelle.

85. *Double meurtre et suicide.* — Au hameau de Campagne, commune du Bugue (Dordogne), un cultivateur, nommé Bournière, a tué son voisin, M. Alix, d'un coup de fusil, dans un accès de *delirium tremens*. Le meurtrier se réfugia ensuite

©BIUM

chez lui, s'y barricada et tua sa femme de deux coups de revolver, puis se pendit dans son grenier. (*Le Temps*, numéro du dimanche 11 août 1912.)

86. *Tentative de meurtre.* — On télégraphie de Mauriac au *Petit Journal* (numéro du jeudi 15 août 1912) :

Une tentative de meurtre, due à la folie, vient de se produire dans la commune d'Anglards-de-Salers.

Un malheureux jeune homme, nommé Alexandre Bernard, âgé de vingt-cinq ans, propriétaire-cultivateur au hameau dit « de chez Bernard », commune d'Anglards, canton de Salers, commune distante de 10 kilomètres de Mauriac, était atteint, depuis quelque temps, de dérangement cérébral. Armé tantôt d'une fourche, tantôt d'un échalas ou de tout autre objet qui lui tombait sous la main, il poursuivait les habitants des hameaux voisins et les blessait parfois.

C'est ainsi qu'hier matin, échappant à la surveillance de sa famille, dans un violent accès de folie, alors que tous les siens étaient encore couchés, le malheureux Bernard, armé d'un fusil de chasse, chargé de deux cartouches, s'est enfui dans la campagne.

Errant à l'aventure, l'après-midi, vers 2 heures, dans les environs du village de Pradelles, commune d'Anglards-de-Salers, le malade aperçut dans son champ, occupé à lier des gerbes, M. Antoine Dufayet, marchand-voyageur, et propriétaire agriculteur à Pradelles. Il s'approcha de ce dernier et, l'interpellant dans un langage incohérent, lui intima l'ordre de s'arrêter dans son travail, lui disant qu'il était temps qu'il se reposât. Au même instant, se reculant d'une dizaine de pas, il déchargea son fusil sur lui. Le malheureux avait reçu la charge en pleine figure. Cependant, une javelle de blé qu'il tenait en mains le protégea, et ses blessures ne seront pas aussi graves qu'on l'avait cru tout d'abord. On s'empressa auprès de lui, et un médecin vint en hâte lui prodiguer des soins, tandis que le Parquet de Mauriac, prévenu par dépêche, se transportait aussitôt sur les lieux en automobile. L'aliéné, qui avait disparu dans la campagne, put être capturé après une heure d'une chasse extrêmement mouvementée.

87. *Triple meurtre et suicide.* — On télégraphie de Brest au *Temps* (numéro du mercredi 21 août 1912) :

Une femme, demeurant à Kerdavit-en-Rédéné, près de Quimperlé, a, dans un accès de folie, jeté à l'eau ses quatre filles. Seule l'aînée a pu se sauver. La mère meurtrière s'est noyée ensuite.

88. *Tentative de meurtre.* — On lit dans *Le Temps* (numéro du dimanche 25 août 1912) :

Cet après-midi, à deux heures et demie, l'abbé Lelièvre, pro-

©BIUM

fesseur au collège libre de Flers (Orne), et l'abbé Lesellier, étudiant à Rome, tous deux de passage à Paris, descendaient du tramways Passy-Hôtel-de-Ville, à l'entrée du pont Royal, quand un individu de haute taille, vêtu en ouvrier, qui se tenait adossé contre un réverbère, tira sur eux, sans proférer un mot, un coup de revolver. La balle atteignit l'abbé Lelièvre au bras, qu'elle traversa complètement. L'individu tira presque aussitôt après un second coup de revolver qui atteignit l'abbé Lesellier au côté droit. A ce moment, un cocher qui passait sauta à bas de son siège et arrêta le meurtrier. Celui-ci ne fit aucune résistance. Il se borna à dire : « Ce n'est rien ! ce n'est rien ! »

L'abbé Lelièvre, quoique grièvement blessé, conduisit l'abbé Lesellier à l'hôpital de la Charité, tandis que le cocher emmenait le meurtrier au commissariat de la rue Péronnet.

Interrogé par le commissaire de police, le meurtrier a déclaré s'appeler Guinot. Il n'a rien voulu ajouter. On croit qu'il est fou (1).

L'état de l'abbé Lesellier, quoique grave, ne met pas ses jours en danger.

89. *Multiples meurtres.* — On télégraphie de Romanshorn (Suisse) au *Petit Journal* (numéro du 1er septembre 1912) :

Le nommé Hermann Schwartz, né en 1887, avait été réformé hier matin du service militaire parce qu'il était atteint de troubles mentaux ; on avait omis de prendre des précautions et notamment de lui retirer son fusil ; le soir, il se barricada chez lui et, de six heures et demie à onze heures, tira avec son fusil d'ordonnance sur les passants et sur ceux qui tentèrent d'entrer pour s'emparer de lui. Quatre personnes ont été tuées, une mortellement blessée et sept grièvement. Parmi les victimes se trouvent un agent de police et le directeur d'usine.

Peu après minuit, un certain nombre de personnes réussirent à pénétrer dans la maison de Schwartz ; celui-ci avait disparu. Il s'était échappé en descendant par un arbre qui se trouve derrière sa maison.

Vers onze heures ce matin, les pompiers, accompagnés par la police et par des volontaires, ont entrepris la poursuite de Schwartz, qui s'était enfui dans la forêt située entre Romanshorn et Anvriswil, emportant son fusil de guerre et 30 cartouches.

Un agent de police découvrit Schwartz, qui fit feu sur lui. L'agent tomba mortellement atteint.

Finalement, après une poursuite mouvementée à laquelle prirent part une centaine de personnes, Schwartz, grièvement

(1) Il s'agisait en réalité d'un aliéné persécuté. Soumis à l'examen du Dr de Clérambault, il a été reconnu comme irresponsable.

©BIUM

blessé de coups de feu, a pu être arrêté dans le voisinage de Romanshorn, après qu'il eût tué encore un de ses poursuivants. Un des blessés d'hier soir a succombé aujourd'hui. Le nombre total des morts serait de 7.

90. *Tentative d'homicide.* — Un groupe de consommateurs étaient attablés avant-hier soir à la terrasse d'un café de Commentry, quand soudain un ancien garçon de café nommé Gandolin, âgé de trente-cinq ans, se mit à proférer des menaces de mort, s'adressant plus particulièrement à M. Isidore Thivrier, distillateur à Commentry, et frère du député de l'Allier.

Gandolin, qu'on avait réussi à éloigner un moment, revint, mais cette fois, armé d'un long couteau ; il se précipita sur M. Isidore Thivrier, qui se voyant en danger se leva et fit feu d'un revolver dont il s'était muni.

Atteint grièvement au ventre, Gandolin s'affaisa et on l'emporta dans un état désespéré. L'agresseur de M. Thivrier est un fou récemment sorti d'un asile d'aliénés où on avait dû l'enfermer, à la suite d'une tentative de meurtre qu'il avait commise sur un de ses parents, M. Deludot, cafetier à Commentry. (*Le Temps*, numéro de dimanche 8 septembre 1912.)

91. *Infanticide.* — On télégraphie de Rouen au *Petit Journal* (numéro de jeudi 12 septembre 1912) :

Cet après-midi, au cours d'une crise de folie, M^me^ Thilleaux, âgée de trente ans, demeurant à Notre-Dame-de-Bondeville a saisi une bouteille à cidre et en a asséné plusieurs coups à la tête de sa fille, Suzanne, âgée de dix mois. Cette femme a été arrêtée. Elle a manifesté de vifs regrets. Elle sera néanmoins, internée.

92. *Suicide.* — Une jeune femme de vingt-quatre ans s'est précipitée hier au soir, rue J.-J.-Rousseau, 18, par la fenêtre de sa chambre, située au quatrième étage. La désespérée s'était mariée, il y a quatre jours à peine, avec M. Germain, employé au Louvre. Elle donnait des signes de dérangement cérébral. (*Le Temps*, numéro du dimanche 20 octobre 1912.)

93. *Triple assassinat et tentative de suicide.* — On télégraphie de Bucarest (Roumanie)u *Petit Journal* (numéro du mercredi 2 octobre 1912) :

Un horrible drame de la folie a mis en émoi notre ville. L'ancien vétérinaire communal, M. Georgodole, pris d'un accès d'aliénation mentale, a arrosé de pétrole sa femme et ses deux enfants pendant qu'ils dormaient, et à ensuite mis le feu aux lits.

Femme et enfants ont péri dans les flammes, avant que les voisins alarmés par l'incendie aient pu pénétrer dans la chambre embrasée. Ils ont cependant réussi à empêcher le suicide du malheureux ex-vétérinaire qui avait tenté de se pendre.

©BIUM

94. *Suicide.* — Un débitant de vin, M. David, 225, rue de la Fontaine, à Pierrefitte, était en sursaut, la nuit dernière, tiré de son sommeil par des hurlements de douleurs, qui paraissaient venir de la cour. En même temps, il constatait que sa femme n'était plus couchée à côté de lui.

Ouvrant une fenêtre, il aperçut la malheureuse qui se débattait en bas au milieu de flammes qui l'enveloppaient. Se munissant aussitôt d'une couverture, il se porta au secours de Mme David et parvint à éteindre le feu qui la dévorait vivante. Mais l'infortunée, dont le corps couvert d'atroces brûlures n'était qu'une plaie, dut être transportée à l'hôpital Lariboisière, où elle est morte hier matin.

M. Lavayssé, commissaire de police, n'eut pas de peine à reconstituer le drame. Mme Mathilde David, âgée de quarante-cinq ans, qui était depuis quelque temps en proie à des idées noires et donnait des signes de dérangement cérébral, avait profité du sommeil de son mari pour se lever, sortir à peu près dévêtue, et mettre le feu à sa chemise, qu'elle avait au préalable imbibée d'essence. Elle avait laissé dans sa chambre un billet qui ne permet aucun doute sur le suicide, bien qu'il ne faille pas prendre à la lettre toutes les allégations qui s'y trouvent.

« Je me tue, écrivait-elle, et j'ai choisi le genre de mort le plus horrible que j'ai pu, parce que j'ai trop fait souffrir mon mari. » (*Le Petit Parisien*, numéro du vendredi 11 octobre 1912.)

95. *Tentative de meurtre.* — Les époux Rosenbeck, le mari, Gaston, âgé de trente-quatre ans, coupeur, et sa femme Fernande, âgée de trente ans, habitent 227, rue de Vanves.

Au mois de juin dernier, à la suite d'une grave maladie, Mme Rosenbeck devint folle et fut internée à l'asile de la Maison-Blanche. Elle en sortit ces temps derniers, guérie, croyait-on, et revint au domicile conjugal.

Mais, la nuit dernière, la jeune femme fut prise d'un nouvel accès de démence. Pendant que son mari dormait, elle saisit une lampe à pied et, s'en armant comme d'une masse, l'assomma ; il eut le crâne fendu. Des voisins accoururent aux cris du blessé et tandis qu'on le transportait à l'hôpital Broussais la folle se barricadait dans sa chambre. Des agents, requis, durent enfoncer la porte pour s'emparer de Mme Rosenbeck, qui a été conduite à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Petit Journal*, numéro du samedi 2 novembre 1912.)

©BIUM

TRIBUNAUX

Un aliéné devant les jurés. — Un fait aussi rare que curieux vient de se produire aux assises de la Seine : on y a jugé un fou interné à Villejuif depuis cinq ans.

En juillet 1907, Léon-Paul Guidi, serrurier, s'était trouvé impliqué dans l'affaire dite des faux monnayeurs du Luxembourg ; mais sa cause avait été disjointe à la suite d'un rapport du Dr Vallon, déclarant que la folie germait dans le cerveau de l'accusé au moment des faits relevés à sa charge, et qu'il était atteint du délire de la persécution avec hallucinations de l'ouïe et craintes d'empoisonnement.

Depuis, on attendait qu'il présentât quelque lucidité pour le faire comparaître devant le jury, et liquider sa situation juridique. Et hier on procéda à cette opération qui fut brève, puisque ce n'était qu'une formalité, mais pénible. Le jury rendit le verdict négatif qu'avait, avec le président Bertulus, réclamé l'avocat général Gail ; et Guidi fut reconduit à Villejuif. (*Le Temps*, numéro du samedi 2 novembre 1912.)

Un singulier vagabond. — Louis More, âgé de trente et un ans, a été surpris, dans la nuit du 21 au 22 juin dernier, dans le poulailler de M. Bobe, boulanger à Bagnolet.

Il comparaissait hier, devant la 9e chambre correctionnelle pour vagondage et vol avec effraction. Pendant le cours de l'instruction, il a été soumis à l'examen mental du Dr Clérambault. Le médecin légiste a déclaré que More est un dégénéré, débile et épileptique, qui est poussé parfois au vagabondage.

More s'est marié, ajoute-t-il dans son rapport, il y a trois ans. Sa femme a une adresse fixe. Quant à lui, tantôt il habite près d'elle, tantôt il passe ses nuits et ses journées à vagabonder pour le plaisir. « Souvent, dit-il, ma femme vient me chercher sur les fortifications, et je la renvoie, aimant mieux rester en plein air. Je me nourris alors comme je peux : je tue des moineaux avec une lance à pierres, j'en prends au piège, je les pends à un fil de fer dans un fossé, et j'allume du feu au-dessous ; ils cuisent tout seuls. La moitié du temps, je couche dehors volontairement. »

Sur réquisitoire du substitut Granié, Louis More, dont le casier judiciaire mentionne quinze condamnations, a été condamné à trois mois de prison et cinq ans d'interdiction de séjour. (*Le Temps*, numéro du samedi d'août 1912.)

Aliénée ébouillantée dans son bain. — Une démente internée dans l'asile départemental de la Haute-Vienne était trouvée, le 23 mai dernier, ébouillantée dans sa baignoire, où elle était

©BIUM

maintenue à l'aide d'un collier de force; elle mourait le soir même des suites de ses brûlures. Interrogée par le parquet de Limoges, l'infirmière préposée à la surveillance des bains, Marie Gervais, déclara que l'accident s'était produit pendant qu'elle s'était absentée pour aller entretenir le feu servant à chauffer l'eau du réservoir. L'infirmière et la surveillante générale M^me^ Jeanne Beauchais, ont comparu hier devant le tribunal correctionnel de Limoges, sous l'inculpation d'homicide involontaire.

L'infirmière Marie Gervais a été condamnée à quarante-huit heures de prison et 100 francs d'amende; la surveillante Jeanne Beauchais à quarante-huit heures de prison et 50 fr. d'amende. Les deux prévenues ont obtenu le bénéfice de la loi de sursis pour la peine de la prison. (*Le Temps*, numéro du jeudi 31 octobre 1912.)

FAITS DIVERS

Une victime du devoir. — Une religieuse, la sœur Saint-Joseph, de l'ordre de Saint-Vincent-de-Paul, attachée à l'hôpital de Valenciennes, est morte victime de son dévouement dans des circonstances particulièrement dramatiques.

Elle avait été chargée, avec une infirmière, de conduire à l'hospice de Bailleul, par le train qui quitte Lille à 10 h. 17, une démente, M^me^ Blanche R..., fermière à Alnon. Au moment où le train allait arriver en gare de Pervenchies, la pauvre folle bondit brusquement vers la portière qu'elle ouvrit, et s'élança dans le vide. Sans se soucier du danger, la religieuse se précipita au secours de la malheureuse dont elle avait la garde, et sauta à son tour sur la voie. L'infirmière fit fonctionner le signal d'alarme et, le train ayant stoppé, elle raconta le drame. Quelques instants après, on découvrait sur la voie le cadavre de la religieuse, le crâne fracturé. Quant à la démente, elle ne s'était fait en tombant que de légères égratignures.

La sœur Saint-Joseph était très aimée à l'hôpital de Valenciennes, où les malades appréciaient sa douceur et sa bonté. Sa mort y a produit une émotion considérable. (*Le Temps*, numéro du dimanche 27 octobre 1912.)

De la vaccination préventive contre la fièvre typhoïde dans les asiles d'aliénés. — Dans une lettre adressée au *Temps* (numéro du mercredi 16 octobre 1912) et où il demande qu'une croisade soit organisée pour la propagation de la vaccination préventive contre la fièvre typhoïde, M. le professeur A Chantemesse cite, parmi les nombreux et heureux résultats obtenus par ce moyen de préservation contre ce fléau de notre espèce, les expériences faites dans deux asiles d'aliénés, celui de Mou-

©BIUM

lins et celui de Saint-Robert (Isère). Il nous paraît intéressant de reproduire ce passage de sa lettre :

« A l'asile des aliénés de Moulins (Sainte-Catherine), la fièvre typhoïde est en permanence depuis longtemps et se montre chaque année. Il y a eu 62 cas en 1904, 52 cas en 1905, et l'an dernier 24 cas avec 6 décès. Le médecin directeur, M. Ricoux, ne pouvant, malgré ses efforts, faire disparaître la maladie, a bien voulu accepter la vaccination préventive et facultative. L'interne, M. Lafargue, a vacciné dans l'asile plusieurs centaines, plus de la moitié des habitants, ceux qui étaient le plus susceptibles de contracter la maladie, les infirmiers et les personnes âgées de moins de quarante ans. Tous les vaccinés sont restés indemnes, et parmi les non-vaccinés il y a eu quatre cas de fièvre typhoïde cette année.

« A l'asile d'aliénés de Saint-Robert (Isère), le Dr Castin, directeur, a vacciné presque tous les habitants. Aucun incident, aucun cas de fièvre typhoïde parmi les vaccinés. Cependant, quelques personnes n'avaient pas subi l'immunisation, notamment deux religieuses âgées de dix-huit et de vingt-trois ans : elles ont contracté toutes deux la fièvre typhoïde. »

Incendie dans un asile d'aliénés. — On télégraphie de Montpellier au *Petit Journal* (numéro du jeudi 15 août 1912) :

Un incendie a éclaté, ce matin, à 11 heures, à l'asile départemental des aliénés.

Aussitôt que l'alarme eut été donnée, les pompes de la ville, le 2e génie, le 81e régiment d'infanterie, les pompes de la gare P.-L.-M. se portèrent sur les lieux du sinistre.

Le feu, qui avait pris naissance au pavillon des bains des femmes, allumé par la chaudière, a été rapidement circonscrit. Les dégâts sont importants.

En se rendant à l'incendie, un caporal et un soldat du génie sont tombés en cours de route. Ils ont été relevés grièvement blessés.

Prix de la Société médico-psychologique.

Année 1913.

Prix Belhomme. — 1.000 francs. — Question : *De la démence chez les épileptiques.*

Prix Christian. — 300 francs. — Ce prix est attribué chaque année par le Bureau de la Société donataire à un interne des asiles d'aliénés de Paris ou de province momenta-

©BIUM

nément gêné, soit pour terminer ses études, soit pour payer sa thèse (1).

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

PRIX MOREAU (de Tours). — 200 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1911 et 1912, dans les Facultés de médecine de France, sur un point de pathologie mentale et nerveuse.

ANNÉE 1914.

PRIX AUBANEL. — 1.500 francs. — Question : *Les démences traumatiques à l'exclusion de la paralysie générale.*

PRIX CHRISTIAN. — 300 francs. — Ce prix est attribué chaque année par le Bureau de la Société donataire à un interne des asiles d'aliénés de Paris ou de la province, momentanément gêné, soit pour terminer ses études, soit pour payer sa thèse (1).

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

PRIX SEMELAIGNE. — 300 francs. — Ce prix est attribué

---

(1) *Règlement du prix Christian.* — Article premier. — Les internes des asiles publics de France, candidats au prix Christian, devront :

1° Etre de nationalité française ;

2° Justifier de leur état de gêne momentané par la production d'une attestation du médecin chef du service où ils sont internes ;

3° Faire parvenir au secrétaire de la Société médico-psychologique une copie du manuscrit de leur thèse.

Art. 2. — Le candidat désigné par le Bureau recevra le montant du prix après l'envoi au trésorier de la Société médico-psychologique de deux exemplaires de faculté de sa thèse.

Art. 3. — Dans le cas où le prix ne serait pas décerné une année, le montant en sera reporté à l'année suivante et le Bureau pourra, s'il y a lieu, décerner plusieurs prix.

Art. 4. — Le prix Christian ne confère pas au candidat qui l'obtient le titre de lauréat de la Société médico-psychologique.

©BIUM

à la meilleure thèse soutenue au cours des trois années précédentes, par un interne des asiles de la Seine ou des hôpitaux de Paris, sur un sujet de médecine mentale, concernant de préférence l'histoire, la législation ou la médecine légale.

Nota. — Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés le 31 décembre 1912 pour les prix à décerner en 1913, et le 31 décembre 1913 pour les prix à décerner en 1914, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris, ou chez M. le Dr Ant. Ritti, secrétaire général de la Société médico-psychologique, 68, boulevard Exelmans, Paris-Auteuil. Les mémoires manuscrits devront être inédits et n'avoir pas obtenu de prix dans une autre Société; ils pourront être signés. Ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les noms et adresse des auteurs.

Concours pour une place de médecin-adjoint du service des aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière.

Le jury du concours pour une place de médecin-adjoint du service des aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière, est composé ainsi qu'il suit :

MM. les Drs Jules Voisin, médecin honoraire de la Salpêtrière;
Chaslin et Séglas, médecins de la Salpêtrière;
Le Noir et René Marie, médecins des hôpitaux;
Lepage, accoucheur des hôpitaux;
Trénel, médecin en chef de Ville-Evrard;

Les candidats sont : MM. les Drs Barbé, René Charpentier et Delmas, tous trois anciens chefs de la clinique des maladies mentales de la Faculté.

Le Rédacteur en chef-Gérant : Ant. Ritti.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Histoire.

UN CAS DE PARALYSIE GÉNÉRALE AU XVIII[e] SIÈCLE

Par le Dr A. CULLERRE

Si les troubles de l'esprit humain sont aussi anciens que l'humanité elle-même, ils empruntent aux temps, aux lieux et aux milieux une grande part de leur expression symptomatique. L'histoire de la paralysie générale est bien faite pour illustrer cette vérité devenue banale : bien qu'elle soit dans l'immense majorité des cas d'origine syphilitique, elle n'est cependant pas une conséquence fatale ni même très fréquente de cette infection. Certes, depuis que la syphilis sévit sur les hommes il a dû y avoir des paralytiques ; pourtant l'ob-

©BIUM

servation semble établir que leur nombre ne s'est véritablement multiplié que sous l'influence des puissantes causes adjuvantes fournies par les conditions de l'existence moderne, la tension cérébrale, l'alcoolisme, les excès, le surmenage sous toutes ses formes.

C'est pourquoi, dans une étude psychopathologique sur le monde de la Cour au temps de Louis XIV (1), j'ai pu, sans courir le risque de me tromper beaucoup, conclure à la rareté, dans ce milieu très particulier, des psychopathies infectieuses et en particulier de la paralysie générale. La lecture d'un grand nombre de documents historiques de cette époque ne m'en avait révélé aucun cas. Il est vrai que, en raison de sa symptomatologie très spéciale à la fois somatique et psychique, le diagnostic rétrospectif de la méningo-encéphalite peut être rendu impossible par l'ignorance de l'écrivain qui, des phénomènes morbides, n'aura pu enregistrer très vaguement que ce qui trahissait l'incorrection psychique du sujet, passant sous silence tous les signes somatiques qui seuls permettent d'asseoir sûrement le diagnostic. Je m'imagine pourtant que, si quelque paralytique se fût glissé dans la galerie de personnages que j'ai étudiés, quelque chose eût excité mes soupçons et m'eût averti d'avoir à me tenir sur mes gardes. Mais voilà qu'aujourd'hui je puis faire figurer, sur cette statistique encore vierge, si je ne me trompe, un cas assurément peu banal de cette maladie : il s'agit d'un très grand personnage de la fin du règne de Louis XIV et du règne de Louis XV, un archevêque, un prince de l'Église.

C'est dans les Mémoires de Maurepas (2) que j'ai cueilli la relation de ce fait pathologique intéressant,

(1) Congrès des aliénistes et neurologistes. Dijon, 1908.
(2) Mémoires du comte de Maurepas. Paris, 1792.

©BIUM

qui eût peut-être gagné à être présenté d'une façon plus conforme au protocole habituel des observations cliniques. Si je ne l'ai pas fait, c'est que j'ai pensé qu'il pouvait y avoir un réel intérêt à soumettre au lecteur le texte original de l'auteur des Mémoires, afin qu'il puisse se faire plus facilement une opinion personnelle sur la légimité de mon diagnostic.

« François-Paul de Neuville, archevêque de Lyon, troisième fils de M. le Maréchal duc de Villeroy, gouverneur du roi Louis XV, est mort à Lyon le 6 février 1731, après une maladie de cinq ans qui lui est venue pour avoir trop aimé les femmes. Il ne voulut pas se déterminer à passer par les grands remèdes, dont il avait besoin. Il ne voulut se servir que de palliatifs qui ne réussirent pas parfaitement. Son médecin, nommé Goiffon, qui avait été médecin du roi d'Espagne, auprès duquel il n'avait pas voulu rester par l'envie qu'il avait de revenir en France, sa patrie, lui conseilla d'aller aux eaux de Vichy et ensuite à celles de Bourbon. Il fit usage pendant huit jours des premières, et pendant douze des secondes; il prenait en même temps des douches deux fois par jour, ce qui fit une telle révolution sur le sens et l'esprit de ce prélat, qu'il en devint furieux.

« Il a resté deux ans dans cet état, qui n'a changé que pour tomber dans l'enfance, situation dans laquelle il est demeuré pendant trois ans; il est mort dans la cinquante-huitième année.

« Ce prélat avait des dispositions naturelles à la dernière de ces deux maladies, et on devait bien sentir ce qui arriverait par la folle conduite qu'il tint pendant qu'il fut commandant à Lyon. Le roi lui donna cette place à la mort de M. le marquis de Rochebonne, et la nouvelle n'en fut pas plutôt arrivée à Lyon qu'on en fit des réjouissances, surtout dans un grand repas donné à l'hôtel de Villeroy, et dans un bal qui fut donné à l'Opéra, pendant lesquels, croyant qu'ayant le caractère de commandant, il pouvait se dépouiller de celui d'archevêque, il fut dîner à l'Hôtel de Ville dans un carrosse dont il avait fait ôter toutes les marques de l'épiscopat, et ayant pris un juste-au-corps gris avec des boutons d'or, une veste de couleur de feu brodée, des boucles de diamants à ses souliers et à ses jarretières, ne conservant aucune marque d'archevêque, et la croix

©BIUM

qu'il avait attachée à sa boutonnière étant celle de l'ordre du Saint-Esprit, il fit toutes sortes de folies.

« Les personnes qui lui étaient attachées l'empêchèrent d'abord de paraître à cette table avec de pareils habillements, et à force de lui dire des raisons, ils le déterminèrent à les quitter et à prendre une grande soutane; mais ses accès de folie le reprenant, et plein de gloire de ce que le bal avait été donné en réjouissance de la place qui lui avait été accordée, il crut pouvoir y aller avec Mme de Costa, sa maîtresse publique; il reprit donc l'habillement qu'il avait quitté, il mit par-dessus une robe de masque et un domino de taffetas couleur de rose et fut ainsi masqué au bal où il dansa. Il n'y fut pas longtemps sans y être reconnu; alors, afin qu'on ne doutât point que c'était lui-même, il se démasqua plus de vingt fois. »

Mme de Costa (1), ayant eu besoin de solliciter une grâce de l'archevêque :

« Elle devint sa maîtresse dès la première visite qu'elle lui fit, et son mari gentilhomme de l'archevêque... Il lui loua un appartement dans la place Louis-le-Grand. Il y passait une partie de la journée, et il y donnait à souper tous les soirs. Il y mena même le prince Emmanuel, frère du roi de Portugal, à son passage à Lyon; il en agissait de même avec tous les seigneurs de la Cour qui passaient dans cette ville, et c'était chez cette dame qu'il tenait sa table... Une pareille conduite ne pouvait durer longtemps; il fut mis au bout de six mois, par ordre du roi, au séminaire de Sainte-Irénée et la place de commandant lui fut ôtée, le roi voulant qu'on respectât son état... M. l'Archevêque est resté au séminaire jusqu'à ce qu'il fût parti pour les eaux, auxquelles on peut attribuer les fureurs et ensuite l'enfance dans lesquelles il est tombé. Le médecin qui les lui avait conseillées ne voulut point y aller avec lui et le prélat en conçut un tel ressentiment que le plus grand soulagement qu'on

(1) Mme de Costa chercha la protection de l'archevêque pour obtenir des comptes de son beau-père, qui l'avait ruinée. Elle était lyonnaise; son père avait fait quelque fortune du temps du système de Law. Pendant le séjour de sa famille à Paris, elle avait épousé l'abbé de Costa, lyonnais comme elle, qui quitta l'état ecclésiastique pour se marier.

©BIUM

pût lui faire, c'était de battre un homme à qui on avait donné le nom de ce médecin et de brûler une figure qu'on disait être de lui. »

Le premier soin de l'auteur des Mémoires est de fixer l'étiologie de l'affection de l'archevêque de Lyon. C'est une « maladie » qui lui est venue « pour avoir trop aimé les femmes », périphrase de bonne compagnie suffisamment éclairée par ce qui va suivre. Il semble, en effet, qu'il ait conscience qu'il ne s'agit pas d'un cas de folie ordinaire puisque, au lieu d'employer ce terme ou toute autre expression analogue, il se contente du mot de « maladie » sans lui appliquer la moindre épithète explicative. L'archevêque ayant refusé de « passer par les grands remèdes dont il avait besoin », nous pouvons en conclure que la maladie dont il s'agit fut la conséquence d'une syphilis négligée.

La période démentielle ayant duré environ cinq ans et la mort étant survenue dans la cinquante-huitième année de ce prélat, il y a lieu d'admettre que les premiers symptômes mentaux qui furent remarqués se manifestèrent vers l'âge de cinquante ans, qui se trouve en deçà des limites mêmes de la période de la vie où la paralysie générale sévit avec le plus d'intensité.

Quant à ces premiers symptômes, ce sont ceux de la forme expansive de la paralysie générale. A un stade initial correspondent des écarts de conduite, des excentricités, des démonstrations vaniteuses : Il prend une maîtresse attitrée et vit publiquement avec elle, contrairement à toute bienséance ; il fait abstraction de son caractère sacerdotal pour se livrer à des dissipations mondaines, se revêt d'habits extravagants, va au bal, y danse et s'y livre à « toutes sortes de folies ». Ses familiers, à force d'instances, obtiennent qu'il abrège ce scandale et qu'il se retire ; mais « ses accès de folie le reprenant », il revient, cette fois avec sa maîtresse, et

©BIUM

comme on lui a fait revêtir un déguisement, il « se démasque plus de vingt fois » afin d'être bien vu et remarqué de toute l'assemblée.

Cette période dure six mois, au bout desquels l'autorité royale, pour mettre fin au scandale, l'interne dans un séminaire. Sur les conseils de Goiffon, médecin réputé, il se rend ensuite aux eaux de Vichy et de Bourbon, y subit un traitement perturbateur sous l'influence duquel, — l'auteur ne s'y trompe pas — un nouveau stade commence, celui de l'agitation maniaque et de la fureur suivi d'un troisième stade, la démence terminale, l'enfance et la mort.

Entre temps se sont produites des attaques apoplectiformes dont ne parle pas Maurepas, mais que nous trouvons signalées chez un autre écrivain, l'avocat Marais. Le 17 août 1726, il écrit en effet à son correspondant Bouhier, président au parlement de Dijon :

« La résolution de M. l'Archevêque de Lyon est belle; le voilà entre les mains de l'abbé Leclerc, qui le va bien prêcher et endoctriner, et le délivrer de cette M^me^ de Costa, dont l'apoplexie l'a dégoûté (1). »

L'archevêque mourut en 1731. Puisqu'en 1726 il avait eu des accidents apoplectiques, il est permis d'admettre que la maladie était déjà à cette époque en pleine évolution.

Quelques détails que l'on trouve dans une autre partie de ses Mémoires viennent à l'appui de cette allégation de Maurepas, que l'archevêque de Lyon avait quelque disposition naturelle aux désordres mentaux. Nous ne savons rien de sa mère qui était de la maison de Brissac. Son père était ce maréchal de Villeroy, per-

(1) M. Marais. Journal et Mémoires, t. III. Firmin Didot. Paris, 1868.

©BIUM

sonnage frivole, vaniteux, incapable quoique plein de confiance en lui-même, que les femmes de la Cour appelaient « Le Charmant », dont Louis XIV s'était engoué au point de lui confier ses armées qu'il conduisit au désastre de Ramillies, et qui fut gouverneur du jeune Louis XV.

Quant au fils, sa vie entière atteste sa légèreté, sa dissipation et son inconscience. A peine avait-il commencé sa théologie qu'on lui donnait l'abbaye de Fécamp, qui lui valait trente cinq mille livres de rente, somme énorme pour l'époque. Il n'en dépensait pas moins chaque années le double, le triple et quelquefois le quadruple. Il fit des dettes considérables que sa famille dut amortir.

En 1708, alors qu'il se trouve à peu près libéré, on le nomme grand vicaire à Poitiers. Il y eut une maîtresse et y fit de nouvelles dettes, quoique par la mort de sa mère il eût vu ses revenus s'accroître de vingt-cinq mille livres. Sa conduite fut assez scandaleuse pour que Louis XIV déclarât qu'il ne lui donnerait jamais d'évêché. Ce n'est qu'à la veille de la mort de ce prince que les instances du maréchal de Villeroy firent fléchir sa résolution, et qu'il nomma le fils prodigue de son ami et compagnon de jeunesse au siège archiépiscopal de Lyon. Dans cette place privilégiée qui lui rapportait cent vingt mille livres de revenus, il continua sa vie de faste et de dissipation, creusa un nouveau gouffre de dettes qu'on ne put combler que par des taxes illégales imposées aux habitants de Lyon pendant plusieurs années consécutives, et succomba enfin à la paralysie générale, conclusion logique d'une existence si agitée, si dissolue et si peu conforme à l'état qu'il avait embrassé.

©BIUM

Pathologie.

LES ACCÈS MÉLANCOLIQUES DES OBSÉDÉS DOUTEURS

Par le Dr L. MARCHAND
Médecin en chef de la Maison nationale de Charenton.

Les rapports de certains états mélancoliques avec les obsessions sont tels que, sous l'influence de la doctrine synthétique de Kraepelin, quelques auteurs n'ont pas hésité à admettre une parenté entre ces deux états syndromiques et à les considérer comme appartenant tous deux à la psychose maniaque dépressive.

Cette évolution des idées a subi plusieurs étapes. M. Ritti (1) a d'abord signalé le fait que dans la folie à double forme la kleptomanie et la dipsomanie pouvaient apparaître au cours de la période d'excitation. Plus tard, M. Gilbert Ballet (2), en s'appuyant sur une observation personnelle et sur une observation de M. Magnan, a émis la théorie de l'équivalence de certains états obsédants avec les accès de manie et de mélancolie périodiques. Certains dipsomanes et sitiomanes appartiennent ainsi au groupe des intermittents,

(1) A. Ritti. *Traité de la folie à double forme*, p. 129 et 131.
(2) G. Ballet. *Revue Neurol.*, 1900, et *Traité de médecine*, 2e éd. p. 963.

©BIUM

la dipsomanie et la sitiomanie constituant la manifestation prédominante des accès périodiques. Précisant encore les rapports de ces états psychopathiques entre eux, M. Gilbert Ballet (1) montra que dans les formes atténuées de la psychose périodique il existait, à côté de vagues idées de culpabilité et de préoccupations hypocondriaques, des obsessions de diverses natures « souvent désagréables, regrets de certains actes, préoccupations de n'avoir pas eu une attitude correcte dans telle ou telle circonstance de la vie ; ou encore pensées irrésistibles, de nature lubrique par exemple, que les malades font de vains efforts pour chasser ». Dans d'autres cas (2), l'obsession devient la manifestation principale de la psychose périodique, les phénomènes obsédants pouvant dissimuler les phénomènes de dépression et d'excitation. Serge Soukanoff (3) fait les mêmes constatations.

M. Dupré, dans la préface de l'Introduction à la Psychiatrie clinique de Kraepelin, signale « comme originale et à son avis légitime l'interprétation étiologique et clinique que propose Kraepelin de certains états psychopathiques dépressifs où prédominent les obsessions et qu'il regarde comme des manifestations de la folie périodique à cause des caractères fondamentaux de l'état mental (affaiblissement de la volonté, inhibition de l'intelligence, dépression de l'humeur) sur lequel apparaissent dans les cas considérés les symptômes d'obsession ».

---

(1) G. Ballet. La mélancolie intermittente. *Presse médicale*, 1902, p. 460.

(2) G. Ballet. Les obsessions dans la psychose périodique. *Acad. de méd.*, 9 janv. 1912.

(3) Serge Soukanoff. Sur les associations psychiques obsédantes de contraste dans les états mélancoliques. *Arch. de neurol.*, 1904, p. 309.

©BIUM

MM. Deny et Charpentier (1) trouvent de même de nombreux points communs entre les états obsédants et la psychose périodique. Ces deux affections ne se développent que chez des sujets atteints de « constitution idéo-obsessive », appelée encore « cyclothymie », chez des individus dont la prédisposition héréditaire est actionnée par les mêmes causes : chocs physiques et moraux, infections et intoxications, puberté, grossesse, ménopause, involution sénile et présénile, etc. La marche et l'évolution de ces états syndromiques se caractérisent par des exacerbations qui constituent de véritables crises ou accès. Enfin ces états n'aboutissent jamais à la démence. D'autres arguments, que MM. Deny et Charpentier considèrent comme plus importants encore, peuvent être invoqués en faveur de cette parenté ; ce sont l'alternance relativement assez fréquente des crises d'obsession et des états maniaques dépressifs, et ensuite la transformation des états obsédants en états délirants. Pour ces auteurs, entre les états obsédants et les états dépressifs de la folie maniaque dépressive, il n'y a au point de vue nosologique qu'une différence de degré ; il leur semble rationnel de considérer les crises d'obsession comme des équivalents symptomatiques des accès de manie ou de mélancolie périodique.

Ainsi, pour les partisans de la doctrine de Kraepelin, il n'y aurait aucune différence de nature entre les accès d'obsession et les accès dépressifs des sujets atteints de psychose maniaque dépressive. Sans discuter ici le bien-fondé de cette interprétation des faits, il y a lieu d'admettre que les accès d'obsession peuvent compliquer souvent les états mélancoliques ou alterner avec eux.

(1). Deny et Charpentier. Obsession et psychose maniaque dépressive. L'*Encéphale*, 10 décembre 1909, p. 498.

©BIUM

A côté de cette forme de mélancolie où la crise d'obsession est l'équivalent d'un accès mélancolique périodique, il existe un état mélancolique qui survient par accès chez des individus atteints d'un état mental particulier que l'on peut caractériser du nom de « psychose obsessive » [Beliaeff (1), Bechterew (2)]. Cette psychose se développe chez des individus ayant des tares héréditaires et atteints depuis leur adolescence et d'une façon continue de phénomènes obsédants associés à un état de doute. Cette variété de mélancolie périodique, se greffant sur un état continu de doute obsédant, doit, à notre avis, être différenciée cliniquement des formes mentales dans lesquelles l'accès obsessif et l'accès mélancolique sont considérés comme des équivalents. Les deux observations suivantes sont des exemples de cette psychose obsessive compliquée d'accès mélancoliques périodiques.

Obs. I. — *Hérédité chargée. — Caractère craintif et inquiet. — Obsession homicide à l'âge de treize ans. — Idées de jalousie, obsession interrogative et obsession homicide à dix-neuf ans. — Accès mélancoliques intermittents avec idées de suicide surajoutées aux troubles idéo-obsessifs.*

P..., âgée de vingt-sept ans, entre à la Maison nationale de Saint-Maurice le 31 mars 1909.

Antécédents héréditaires. — Mère nerveuse, de caractère émotif, âgée de cinquante et un ans. Père suicidé (coup de revolver) à la suite de perte d'argent à la Bourse. Une sœur, âgée de vingt-six ans, a subi plusieurs internements (mélancolie périodique).

Antécédents personnels. — P... n'a eu aucune maladie

(1) Beliaeff. Contribution à l'étude de la jalousie pathologique. Un cas de psychose obsessive à caractère de représentation obsédante. *Psychiatrie (russe) contemporaine*, août 1908.

(2) Bechterew. De la jalousie obsédante. *Médecin russe*, nº 34, 1908.

©BIUM

dans son jeune âge. Son développement physique et intellectuel fut normal. La malade a eu cependant toujours un caractère inquiet et craintif. Les règles sont apparues à l'âge de douze ans et furent régulières dans la suite. A l'âge de seize ans, P... fut atteinte d'une fièvre infectieuse que nous n'avons pu déterminer. Elle fit de bonnes études et est une pianiste de talent.

Les premiers troubles mentaux ont débuté à l'âge de treize ans, sous la forme d'obsession homicide. Quand P... était seule avec sa grand'mère, elle ne pouvait voir un couteau sans avoir l'idée obsédante de la tuer. Cette obsession ne disparut jamais complètement.

A l'âge de dix-neuf ans, d'autres troubles mentaux apparurent. P... a d'abord manifesté des idées de jalousie vis-à-vis de sa sœur ; elle a eu l'idée de l'empoisonner, mais n'en a jamais fait la tentative. Dès qu'elle voulait passer de l'idée à l'acte, elle avait une sensation d'angoisse.

Depuis six ans, cette idée n'a subi aucune modification. P... a conscience que cette idée est criminelle ; elle « la déteste », mais elle ne veut pas reconnaître que c'est une idée maladive. Malgré que l'acte n'a jamais été accompli, elle se considère comme un assassin et demande à aller en prison.

En juillet 1907, les troubles mentaux se sont encore aggravés, et P... fut internée à l'asile de Blois, avec le certificat suivant : « Dégénérescence mentale héréditaire avec obsession anxieuse et folie raisonnante. Elle rumine sans cesse de quelle façon et pour quelle raison elle pourrait tuer sa sœur ou sa mère et quels seraient les sentiments dont elle serait agitée ensuite. Cette obsession et cette perversion instinctive absorbent toute son attention, et elle est en état d'émotion intense et comme hypnotisée par elle. Il lui semble que son forfait est accompli et réclame des juges, et la prison pour la punir des jeux d'imagination où elle se complaît et qu'elle prend pour des réalités. Sœur internée et père suicidé (elle ignore ce dernier point). »

Elle fut transférée à la Maison nationale le 31 mars 1909.

P... est de petite taille ; sa tenue est correcte. Elle répond volontiers à notre interrogatoire. On observe chez elle un certain nombre de signes physiques de dégénérescence : les dents de la mâchoire inférieure sont mal implantées ; la lèvre supérieure est recouverte d'une légère moustache ; les sourcils se réunissent sur la ligne médiane. On ne note, comme symptômes

©BIUM

physiques, qu'un léger tremblement des extrémités et de l'exagération des réflexes rotuliens.

P... ne fait aucune difficulté pour nous raconter les divers faits qui ont motivé son internement; son récit concorde avec les renseignements que nous a donnés sa mère.

Depuis huit ans, elle se demande si elle est un assassin et ne vit que dans l'angoisse. Si elle n'est pas criminelle réellement, cela est dû aux circonstances, mais elle l'est par nature. Elle éprouve des sensations et des sentiments que doivent éprouver les criminels; elle n'est pas une malade, mais une criminelle. Elle a pour sa sœur des sentiments de jalousie et elle a eu la tentation de la tuer. Encore maintenant, elle ne pourrait souffrir que sa sœur devienne célèbre ou aime une personne qu'elle-même aimerait; elle ne pourrait supporter que l'on s'occupe moins d'elle que de sa sœur. Elle a conscience qu'elle n'aurait aucune hésitation à tuer sa sœur, qu'aucun obstacle ne l'arrêterait. Elle a bien senti, en voyant des petits enfants, que si elle avait eu un petit frère, elle aurait été très jalouse et qu'elle l'aurait tué en l'étranglant; cette impression l'affole, car ce désir-là n'est pas de la maladie; c'est un sentiment de jalousie. Elle « déteste ce sentiment et elle s'en veut d'être dans cet état »; elle ne sait comment faire pour en sortir; il lui semble qu'elle ne guérira jamais. « C'est affreux de sentir, de savoir qu'elle aurait pu être un assassin; c'est atroce. » Sa place n'est pas chez les fous, mais chez les criminels; on devrait la mettre en prison.

Son sentiment de jalousie est si prononcé qu'elle préférerait qu'on lui coupe la tête plutôt que de supporter que sa sœur soit célèbre. Elle a parfois des idées de suicide; elle ressent alors ce que ressentent les gens qui viennent de commettre un crime.

Cet état anxieux, en rapport avec les interrogations multiples que se pose la malade, est continu.

Quelquefois, P... a l'impression de vouloir toujours fuir l'endroit où elle se trouve; elle reconnaît que « c'est une impression fausse, car c'est elle, sa nature criminelle qu'elle veut fuir ».

7 *novembre* 1909. Depuis trois jours, état mélancolique très prononcé. Attitude découragée; semi-mutisme; refus complet des aliments. Sensation de constriction épigastrique. P... s'accuse d'avoir commis un crime, d'avoir tué sa sœur; elle est un assassin. Elle a dissimulé jusque-là les côtés les plus mauvais en elle. Le souvenir du crime lui pèse, l'accable, et personne

©BIUM

ne veut la croire. Elle s'accuse, alors qu'elle était internée à Blois, d'avoir laissé une malade se suicider; elle a maintenant toujours peur que, par sa faute, il arrive un malheur irréparable. La vie n'est plus possible pour elle et elle veut en finir avec l'existence. Ici, elle est bien en prison, car on y enferme les assassins.

15 *novembre*. L'attitude mélancolique a disparu; la malade a repris sa physionomie ordinaire; elle s'occupe, joue du piano. L'appétit est normal. Les idées de jalousie et le sentiment qu'elle aurait pu tuer sa sœur existent avec les mêmes caractères qu'avant la crise mélancolique.

27 *janvier* 1910. Nouvel accès de mélancolie. Attitude et physionomie exprimant la terreur. « Sa mère et sa grand'mère sont mortes », elle le sait; on ne veut pas le lui dire. Elle demande qu'on la laisse partir; nous sommes ses bourreaux; nous n'avons pas pitié d'elle; il faut qu'on la laisse télégraphier à sa famille. Insomnie, refus des aliments. Tentative de suicide par strangulation.

10 *février* 1910. L'accès mélancolique est complètement disparu. P... avoue qu'elle a eu un moment de délire. Elle n'en reste pas moins une criminelle, dit-elle, parce qu'elle a eu l'idée de tuer sa sœur par jalousie, et l'idée de tuer est pour sa conscience aussi grave que l'acte lui-même.

9 *mars* 1910. Elle est terrifiée parce qu'elle a eu la tentation de se tuer; elle se trouvait devant la vérité implacable; elle voyait le crime; c'est la vérité atroce. Elle a vu une fourchette sur sa table de nuit et il lui a semblé qu'elle allait la prendre pour se l'enfoncer dans la gorge. Elle souffre énormément; elle est horriblement malheureuse.

Quelques jours plus tard, la dépression, les idées mélancoliques disparaissent et l'état mental de la malade revient identique à ce qu'il était avant l'accès.

12 *juillet* 1910. La malade n'a pas eu de nouvel accès mélancolique. Même état mental caractérisé par l'idée qu'elle est une criminelle parce qu'elle aurait pu tuer sa sœur par jalousie, ou son petit frère, si elle en avait eu un.

Dans la suite, cette malade a présenté, à des périodes irrégulières, des accès mélancoliques identiques à ceux que nous venons de décrire.

Cette malade rentre bien dans le groupe des prédisposés. Son hérédité est chargée; son père s'est suicidé;

©BIUM

sa sœur est atteinte de mélancolie intermittente. Dès l'enfance, elle a des troubles du caractère qui indiquent un développement psychique anormal. La précocité des idées obsédantes (douze ans) indique encore combien cette malade est une prédisposée. A dix-neuf ans, elle manifeste vis-à-vis de sa sœur des idées de jalousie avec obsession homicide basées sur une série d'hypothèses ; elle est jalouse de sa sœur qui peut devenir célèbre, qui peut aimer un jeune homme pour lequel elle éprouverait aussi de l'amour, etc. Elle comprend que ses soupçons ne reposent sur aucun fondement ; elle se considère néanmoins comme un assassin parce que, pour elle, l'idée de tuer équivaut à l'acte. Cet état de doute obsédant ne présente aucune modification dans la suite et se complique de phases mélancoliques d'une durée de quelques jours. La malade présente alors l'habitus extérieur des mélancoliques ; elle parle peu, refuse de manger ; elle s'accuse d'avoir tué sa sœur, elle est cause de grands malheurs ; elle croit que sa mère et sa grand'mère viennent de mourir ; elle manifeste des idées de suicide.

Ces accès mélancoliques débutent et se terminent brusquement. La veille de leur apparition, la malade cause volontiers, s'occupe, joue du piano, son attitude est normale. Brusquement, l'état mélancolique apparaît ; on constate un changement complet de l'habitus extérieur, du semi-mutisme, des idées de culpabilité et de désespoir. Malgré ces symptômes qui répondent bien à ceux de la mélancolie aiguë, on peut toutefois noter des différences entre ces deux formes mentales. Malgré le semi-mutisme de la malade, on remarque que, chez elle, il n'y a aucun ralentissement des opérations mentales ; on ne constate aucun trouble de la compréhension, de l'évocation des idées, de l'attention, des images mentales, des sensations et des perceptions. Sous son

©BIUM

aspect de profonde tristesse, notre sujet a, au contraire, une activité cérébrale plutôt exagérée. Cette activité se manifeste surtout dans les lettres qu'elle écrit très vite et sans aucune rature ; on ne note chez elle aucune illusion ou hallucination, aucune interprétation délirante. L'état mélancolique n'est, en réalité, qu'une exagération de l'état idéo-obsessif. L'évolution de ces phases mélancoliques est très courte et les accès se terminent aussi brusquement qu'ils ont apparu. Enfin, malgré la répétition des accès et la chronicité de l'état obsédant, on ne note aucune tendance à la démence.

Ces caractères cliniques montrent que, chez ces sujets, l'état mélancolique ne doit pas correspondre à des modifications cérébrales bien profondes, mais seulement à des troubles fonctionnels constitutionnels. Cette hypothèse, que la clinique permet d'édifier, se trouve confirmée par les constatations histologiques que nous avons faites à propos du cas suivant.

Obs. II. — *Hérédité chargée ; caractère scrupuleux et inquiet. — Premier accès mélancolique à dix ans. — A dix-huit ans, nouvel accès mélancolique avec idées hypocondriaques. — Obsession au suicide et obsessions interrogatives. — Mélancolie intermittente revêtant parfois les caractères de la mélancolie anxieuse. — Suicide. — Examen histologique. — Malformations dans la disposition des différentes couches des cellules corticales.*

B..., âgée de vingt et un ans, entre à l'asile le 2 octobre 1907 avec le certificat suivant : « Dégénérescence mentale avec impulsions obsédantes au suicide qu'elle a déjà tenté à plusieurs reprises de mettre à exécution. On ne peut lui laisser ni pointes quelconques, ni objets pouvant être avalés. Elle cherche en effet d'une façon absolument constante à se piquer, à se déchirer, à s'introduire dans la gorge tout ce qu'elle croit capable de l'étrangler. Elle doit être surveillée d'une façon constante et spéciale, car elle se jette même sur ses gardes pour leur arracher les objets avec lesquels elle cherche à se tuer. »

©BIUM

Les renseignements suivants nous sont donnés par la mère de la malade : B... n'a pas eu de convulsions dans l'enfance. Elle a marché vers l'âge de quinze mois; elle a parlé de bonne heure; le développement physique et intellectuel fut d'abord normal. Rougeole et coqueluche vers l'âge de huit ans. Caractère doux et aimable, mais scrupuleux et inquiet. Les premiers troubles mentaux sont apparus à l'âge de dix ans, au moment de la première communion. B... a eu à cette époque un accès de mélancolie qui guérit en quelques semaines sans traitement spécial. Elle avait des scrupules, ne faisait que chercher dans sa vie antérieure les péchés qu'elle pouvait avoir commis. Elle s'accusait d'avoir volé tous les objets qui étaient en sa possession.

A douze ans, B... est atteinte de dilatation d'estomac. A l'âge de treize ans, elle est réglée pour la première fois; les règles sont très irrégulières dans la suite. Elle reçoit une instruction supérieure et devient une bonne musicienne. Sa mère remarque cependant que son caractère est instable; par moments, B... devient triste, cause peu, a moins de goût pour le travail et la musique; ces périodes disparaissent brusquement.

A l'âge de dix-huit ans, B... se plaint de « maux de reins »; plusieurs médecins sont consultés; les douleurs persistent. La malade se demande si elle n'est pas atteinte de rein flottant. Ce doute persiste et s'accompagne bientôt d'un état mélancolique. B... est déprimée, mange peu, les nuits sont mauvaises, rien ne l'intéresse, elle éprouve un ennui continuel, des scrupules; des idées d'auto-accusation apparaissent, elle croit qu'elle n'a pas assez aimé sa mère, qu'elle est la cause des malheurs qui lui arrivent, elle manifeste des idées de suicide. Le doute obsédant qu'elle a un rein flottant et qu'elle pourrait ne pas être faite comme tout le monde ne la quitte plus.

En juin 1901, B... se jette à l'eau. Sachant nager, elle ne se noie pas et revient chez sa mère avec ses habits tout trempés. Elle avoue à sa mère qu'elle a voulu se suicider. Depuis lors, elle n'a plus qu'une idée : se détruire. Elle tâche d'arriver à ses fins par tous les moyens. Elle se jette de nouveau à l'eau et est sauvée; elle avale des objets pointus, casse des carreaux pour avaler des morceaux de verre, elle tente de s'enfuir à plusieurs reprises.

Elle est d'abord soignée à l'établissement de Saujon. Là encore, elle fait une tentative de suicide en se jetant par la fenêtre d'un deuxième étage. A la suite de cette tentative, de

©BIUM

nouvelles obsessions interrogatives viennent se surajouter à l'obsession-doute du rein flottant. Elle a peur de s'être cassé la colonne vertébrale, d'être bossue, défigurée et de ne plus pouvoir se marier. Elle fait de nombreuses hypothèses sur les déformations que peuvent subir son corps. Elle est alors placée dans une maison de santé, où elle ne reste que peu de temps et est transférée à l'asile.

Les *antécédents héréditaires* de cette malade sont très chargés. Sa mère paraît bien équilibrée; son père est original, alcoolique, et, quoique non interné, il est atteint de troubles mentaux (interprétations délirantes); il vit séparé de sa femme. Un frère de la malade est mort à sept ans de méningite; un frère, âgé de dix-huit ans, est déséquilibré.

ETAT A L'ENTRÉE (2 octobre 1907). — B... présente des contusions multiples sur le corps, qu'elle s'est faites en luttant avec les infirmières chargées de sa surveillance. On relève de nombreux signes physiques de dégénérescence : asymétrie faciale accentuée; les incisives et les canines de la mâchoire supérieure sont mal implantées; la voûte palatine est ogivale; les cheveux sont implantés très bas sur le front et forment des mèches disposées irrégulièrement; les oreilles sont bien ourlées. Les ongles des mains sont complètement rongés.

La mémoire est bien conservée, B... nous donne la date de sa naissance, la date actuelle, son âge; elle se rend compte de l'endroit où elle se trouve; elle donne des renseignements exacts sur son passé, sur les établissements où elle a été soignée.

On ne note chez elle ni hallucinations, ni illusions.

B... est obsédée par l'idée de se tuer; cette idée s'impose à sa conscience; elle reconnaît qu'elle n'a aucune raison pour se détruire; « c'est plus fort qu'elle ». A l'obsession-suicide s'associent des obsessions interrogatives. B... se demande si elle a eu tort d'aller au bal, si elle pourra se marier, si elle a bien fait de monter à bicyclette, si elle n'est pas défigurée. Elle ne manifeste aucune idée délirante.

Pas de troubles pupillaires. Les réflexes patellaires sont normaux; le réflexe cutané plantaire est absent.

L'appétit est normal; pas de maux de tête.

Le poids du corps est de 44 kilos. B... n'est plus réglée depuis plusieurs mois.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

15 *octobre*. Depuis hier, état d'anxiété très prononcé. La nuit a été mauvaise. B... ne fait que remuer dans son lit. Elle

©BIUM

marmotte des paroles inintelligibles. Elle se regarde dans une glace, fait des grimaces, a des tics, des mouvements brusques dans les membres. A l'obsession du suicide se surajoutent des idées mélancoliques qui résultent de la transformation des idées obsédantes en idées délirantes. Elle a eu tort d'aller au bal, elle ne pourra plus se marier ; elle n'aurait pas dû faire de bicyclette. Elle est la cause des plus grands malheurs pour ses parents. Elle a le corps difforme, la figure de travers ; elle ne guérira jamais. Il faut qu'elle disparaisse ou qu'on la tue.

20 *octobre*. La malade est calme. L'anxiété et les idées mélancoliques sont disparues. La malade nous demande si elle est bien faite comme tout le monde. L'état obsédant est stationnaire. Poids du corps : 47 kil. 300.

2 *novembre*. B... est réglée depuis avant-hier; elle est excitée. Elle cherche à prendre les épingles à cheveux des infirmières, à arracher leurs boutons de robe, à attraper les cordons de leurs tabliers. Elle s'égratigne la figure, s'arrache la peau des doigts.

6 *novembre*. Nouvel accès de dépression avec anxiété. B... demande qu'on lui coupe la tête ; elle ne peut plus vivre ; elle n'est pas faite comme les autres ; sa poitrine est enfoncée, sa colonne vertébrale déviée ; sa bouche et son nez sont difformes.

8 *novembre*. Idées de désespoir ; B... pleure et gémit ; elle ne peut pas guérir et demande qu'on la tue. Insomnie.

20 *novembre*. La malade est plus calme ; les nuits sont bonnes. Alimentation normale. L'obsession-suicide et l'état de doute pathologique persistent seuls. La malade reconnaît qu'elle a eu des idées absurdes.

12 *décembre*. Nouvel accès mélancolique. B... est très anxieuse ; tremblement généralisé ; elle se plaint de violents maux de tête ; vomissements alimentaires. Mêmes idées de suicide, idées mélancoliques et hypocondriaques.

24 *décembre*. Les maux de tête persistent, les vomissements sont fréquents et se font sans effort. Pas de température. Anxiété profonde, sentiment de profonde tristesse. B... prétend que son corps est changé ; elle n'a plus la même figure ; son cou est gonflé ; sa colonne vertébrale est difforme. Crises violentes d'agitation pendant lesquelles la malade cherche à s'automutiler, à se suicider. Elle mord tout ce qu'elle peut attraper. En présence de cet état aigu, on donne à la malade trois fois par jour des bains frais. Température normale.

©BIUM

3 *janvier*. Etat de calme. L'obsession au suicide et les obsessions interrogatives persistent sans changement.

25 *janvier*. La malade est réglée pour la deuxième fois. Nouvelle crise d'agitation anxieuse. Mêmes idées de désespoir, d'auto-accusation, hypocondriaques. B... prétend que ses yeux ne roulent plus dans leur orbite. Poids du corps : 50 kilos. Température normale.

29 *janvier*. Même état. La malade a été gâteuse les deux dernières nuits et a voulu manger ses excréments pour s'empoisonner.

23 *février*. Etat de calme. Les règles sont apparues. Les maux de tête persistent. Même idée obsédante de suicide et même état de doute pathologique. Interrogations multiples sur son état de santé.

25 *mars*. Le calme persiste. La malade est réglée ; elle se plaint encore de maux de tête. L'obsession-suicide et l'état de doute persistent ; les idées mélancoliques et hypocondriaques sont disparues. L'état général est satisfaisant.

8 *avril*. La malade s'évade à 8 heures du soir. Recherchée immédiatement, on retrouve son corps écrasé sur la voie du chemin de fer.

Examen des centres nerveux. — L'examen a porté sur les circonvolutions frontales, seules parties de l'encéphale qu'il nous fut possible de recueillir.

Les méninges ont une épaisseur normale et ne présentent aucune trace d'inflammation. Elles adhèrent par places au cortex sous-jacent.

Les cellules pyramidales paraissent normales. Au Weigert-Pal, on n'observe aucune dégénérescence des fibres tangentielles. Le tissu névroglique ne présente aucune lésion ; les vaisseaux sont sains.

La disposition des diverses couches corticales présente des malformations évidentes. Comparées à des régions identiques d'un cerveau normal, elles offrent les particularités suivantes : la couche moléculaire est plus mince, la couche des fibres tangentielles est moins fournie. Les couches cellulaires, au lieu d'être nettement délimitées, sont plus ou moins confondues ; on trouve des grandes cellules pyramidales éparses au milieu de la couche des petites cellules ; les corps cellulaires paraissent également plus petits.

Cette observation présente la plus grande analogie

©BIUM

avec la précédente. Mêmes tares héréditaires, mêmes troubles du caractère, même début précoce des troubles mentaux (dix ans). L'obsession au suicide et les obsessions interrogatives, qui évoluent sans changement pendant plusieurs années, se compliquent par intervalles d'accès mélancoliques avec agitation anxieuse. On peut faire à propos de ce cas les mêmes remarques que précédemment. Si le tableau clinique des accès rappelait celui de la mélancolie simple, il en différait cependant sous différents points. Le début brusque de l'accès (la malade passait en l'espace de quelques heures d'un état de calme à un état d'agitation anxieuse), l'absence de ralentissement des opérations mentales, de troubles de la compréhension, de l'attention, des images mentales, l'absence d'illusions, d'hallucinations, le retour brusque de l'état de calme sont autant de caractères particuliers. L'évolution des phénomènes cliniques établit nettement que l'obsession au suicide et les obsessions interrogatives constituent un état psychopathique continu ; sur celui-ci viennent se greffer des accès mélancoliques ; les idées délirantes ne sont que la transformation des obsessions interrogatives ; le doute se transforme en certitude.

Cette observation confirme l'hypothèse émise plus haut, que ces cas de mélancolie relèvent non d'une maladie cérébrale, mais d'un trouble constitutionnel. « En face d'une psychose constitutionnelle, dit Pilcz (1), ce qu'il faudrait rechercher ce sont des lésions plus intimes, les lésions véritablement héréditaires ; il faudrait faire la tératologie de la cellule nerveuse ». Les constatations que nous avons pu faire sur le cerveau de notre malade sont particulières. Nous n'avons relevé

(1) Pilcz. Étiologie et anatomie pathologique des folies périodiques. *Monats. f. Psych. und Neurol.*, nov. 1900.

©BIUM

aucune lésion des éléments corticaux ; la pie-mère était normale ; les cellules nerveuses ne présentaient aucune lésion ; le réseau névroglique était normal. Cependant, en comparant nos préparations à d'autres préparations d'un sujet normal, nous avons pu faire la remarque suivante : la couche moléculaire était manifestement plus mince et les couches des cellules pyramidales ne présentaient pas cette ordination qui caractérise l'écorce du cerveau humain. Les grandes cellules pyramidales étaient éparses au milieu des cellules moyennes et même des petites cellules pyramidales ; en outre, les cellules paraissaient être plus petites que celles d'un cerveau normal. Il est bien difficile de tirer des déductions d'une observation unique ; cependant, nous ferons remarquer combien notre cas était favorable pour faire des constations d'histologie fine. Notre malade est morte à l'âge adulte d'une manière foudroyante et le cerveau a été fixé quelques heures après la mort. Dans de telles conditions, on ne peut attribuer les particularités histologiques que nous venons de citer à la vieillesse, à l'influence d'une maladie infectieuse, à une fixation défectueuse du tissu nerveux.

Ainsi, il existe une variété d'accès mélancolique qui survient d'une manière intermittente chez des malades à tares héréditaires chargées, à fonctions psychiques mal équilibrées ; ces sujets présentent un état mental continu, caractérisé par des phénomènes obsédants et surtout par des obsessions interrogatives.

Cet accès diffère de l'accès mélancolique ordinaire par l'absence de ralentissement des opérations mentales, par le fonctionnement normal de la compréhension, de l'évocation des idées et de l'attention, par l'absence d'illusions et d'hallucinations. L'accès mélancolique n'est ici qu'un épisode au cours de l'état mental particulier qui caractérise la psychose obsessive, syndrome

©BIUM

en rapport avec la dégénérescence mentale ; les craintes, les interrogations, l'introspection s'exagèrent, la dépression survient, le doute devient certitude et l'état mélancolique se trouve ainsi réalisé.

Comme nous l'avons montré au début de ce travail, il n'y aurait pour certains auteurs qui admettent la doctrine de Kraepelin, aucune différence de nature entre les accès idéo-obsessifs et les accès dépressifs de la psychose maniaque-dépressive. De là, il n'y aurait qu'un pas à franchir pour rattacher à cette même affection mentale les accès mélancoliques des obsédés douteurs. Comme les accès dépressifs de la psychose maniaque dépressive, ils apparaissent et disparaissent brusquement, mais ils en diffèrent par le mécanisme psychologique des idées délirantes qui ne sont que la transformation des obsessions interrogatives, état syndromique continu. A notre avis, on ne doit pas faire rentrer cette forme de mélancolie qui survient cependant par accès dans le cadre de la psychose périodique. Le terrain constitutionnel dégénératif occupe ici le premier plan ; les accès de dépression sont secondaires aux phénomènes idéo-obsessifs et conditionnés par eux.

©BIUM

Médecine légale

LE CRIME DE ROUSSILLON

ET L'ÉTAT MENTAL DE SES TROIS AUTEURS

Par le Dr S. GARNIER (de Dijon).

Suite et fin (1).

LE 1er JUIN, *ils échangèrent des impressions à la suite d'un entretien avec Cor... dans mon cabinet.*

VEN... — Qu'est-ce qu'il t'a demandé? (*Le directeur de l'asile.*)

COR... — Il ne nous demande aucun détail sur l'affaire, mais seulement ce que ça a fait sur nous. Il m'a dit : « Je ne suis pas un juge d'instruction, ce n'est pas mon affaire. » Il nous interroge seulement sur notre état mental. Il m'a demandé d'abord des détails sur moi, puis il m'a demandé ce que je pensais de l'affaire. J'ai répondu que ce n'était pas bien. Il m'a dit : « Pas bien, pas bien, mais enfin? Allons, je ne voudrais pas vous souffler la réponse. » Tu parles! Depuis deux heures jusqu'à maintenant, il m'a parlé de toi ; quelles idées j'avais sur toi, Ven...? Si je pensais que tu étais un grand homme?...

(*Hilarité générale.*)

VEN... — Le plus grave, ce sera moi.

COR... — Mais il ne nous interroge pas du tout sur l'affaire. Il a tous les dossiers. J'ai vu, Rou..., tout le tableau de tes

(1) Voir les *Annales* de juillet, d'août-septembre et d'octobre-novembre 1912.

©BIUM

ancêtres jusqu'à ton arrière-grand-père. Il a surtout insisté sur toi, Ven... Il m'a dit : « Admettons que ce soit un meurtre involontaire ; mais, enfin, Ven... vous a entraîné. Quelle opinion avez-vous de lui? Pourquoi Ven... a-t-il fait ce coup-là? » Je lui ai dit : « Parce que tes parents donnaient 3 à 400 francs par mois à ton frère pour entretenir des maîtresses, tandis que toi, on ne donnait rien pour aller à Tripoli, où tu aurais pu te débrouiller. »

VEN... — Je me charge d'arranger cela. Il n'y a que moi qui sais le vrai but.

ROU... — Est-ce qu'il t'a interrogé sur ta famille?

COR... — Peu. Il m'a demandé aussi si on était mieux ici qu'en prison. Ça a l'air de l'intéresser beaucoup. Il m'a donné des pastilles de Vichy. Tu parles s'il en fume, des cigarettes!

VEN... — Si j'y vais, j'emporte ma pipe et je lui demande du tabac.

COR... — J'avais le c... dans un fauteuil, on causait comme deux bons pères de famille. Ce qui m'a retardé, c'est qu'il entrait tout le temps du monde qui venait demander des renseignements. Il n'a pas fini, il va continuer. Il me disait : « Vous lisez, dans le journal, qu'un homme s'est précipité à la tête d'un cheval emballé attelé à une voiture. Eh bien! cet homme, on lui donne une médaille. Ça, c'est un acte de dévouement. Et votre acte, qu'est-ce que c'est? » Je lui dis : « Ben! c'était pas une bonne action. »

VEN... — Oh! là, là! Il en a de bonnes!

COR... — Il en a des paperasses sur son bureau! Un moment je me suis demandé quand c'est que j'allais bouffer... Pet! 22. (*Expression sans doute convenue pour cesser la conversation à l'arrivée d'un surveillant.*)

LE 2 JUIN, *leur conversation devint encore plus intéressante.*

VEN... — Hé! les gars! C'est triste, mais c'est beau!

COR... — Je crois que nous allons bientôt f... le camp, s'il continue à nous interroger comme ça.

VEN... — Avec ça, je suis sorti une heure pour toute la journée. Il y a de quoi crever. A la lanterne, les aristos!

ROU... — C'est aujourd'hui le 2 juin. Il y aura demain un mois que nous sommes ici.

VEN... — Non ; nous sommes entrés le 4 mai, je l'ai gravé sur le mur de ma cellule (*la date exacte était le* 3). Cor..., tu as dit hier qu'on avait des projets futurs pour le Tonkin?

©BIUM

COR... — Oui ; la Société des fiacres que nous devions monter avec Pié... et Fr... (*les trois figurants de la Gaîte*).

VEN... — Ah ! bon ; c'est ce que je pensais. Naturellement, on a discuté tout le temps. Je crois que c'est moi qui ai gagné la première manche. On parlera de tout ça à la prison, quand on pourra causer librement l'un près de l'autre. On a été interrompu par un bonhomme qui est venu parler de vidanges. Ça nous a retardés.

COR... — Qui c'est qu'est venu te chercher?

VEN... — C'est le type en blouse du bureau de la Direction, le chef des larbins. Il n'est pas un peu loufoque, ce type-là? Il est plutôt agité. A un moment, je me suis gondolé. Le Directeur m'a demandé : « Mais enfin, quand vous n'aviez pas le rond, pourquoi ne cherchiez-vous pas du travail, une place de domestique, par exemple? On ne peut pas en trouver, des domestiques. » Je lui ai répondu : « C'est peut-être comme ça ici, mais, à Paris, j'ai fait tous les bureaux de placement. »

Après, il m'a dit : « Pourquoi n'avez-vous pas demandé une place dans un asile d'aliénés? » J'ai d'abord été interloqué, puis je lui ai dit : « On ne pense pas à tout, et ensuite on m'aurait sans doute refusé à cause de mon âge. » Il m'a dit : « C'est vrai. »

COR... — Enfin, on va t'accorder toute ta responsabilité. Moi, on va sans doute m'en ôter parce que mes opinions ne sont pas bien fixes.

VEN... — Il veut à toute force que je sois un malin, un type extraordinaire. En somme, il m'a demandé la vérité sur le motif de l'affaire. Je lui ai dit que nous voulions l'argent. Après, il s'est enferré et j'ai eu du flair. Tu sais que Pié... avait déclaré que j'avais dit que je « buterais » bien un type. Gar... a voulu jouer sur les mots. Il me dit : « En somme, *ne pas verser le sang* peut signifier *étouffer*. » Alors, je dis : « Parfaitement, c'est trop subtil pour moi ; en réalité, nous ne pensions pas plus à étouffer qu'à verser réellement du sang. En somme, nous n'avons pas prémédité de *tuer*. »

Vous parlez si j'ai eu du flair !... Il m'a demandé aussi comment on avait procédé à l'élection d'un capitaine. Il a fallu que je lui raconte tout au long.

ROU... — Et à part ça?

VEN... — Voilà à peu près tout. Le reste n'a pas d'importance.

COR... — Cl... me fait rire, avec sa bicyclette qui déve-

©BIUM

loppe 9m50 ! Il prétend aussi qu'il peut se b... cinq fois de suite. Il commence à me taper sur le citron.

ROU... — C'est un c... Faut pas faire attention aux conn... qu'il raconte.

VEN... — V'là les gardiens, avec le rata. Bonsoir, à demain, les aminches !

LE 9 JUIN, *à l'issue d'un entretien avec Ven..., dans le quartier, ils s'étaient raconté ce qui s'était passé* :

ROU... — Eh bien ! Qu'est-ce que le Directeur t'a dit ?

VEN... — Il m'a dit : « Vous savez, votre lettre, je ne veux pas la faire parvenir. » Alors, je lui ai dit : « Envoyez-la au juge d'instruction. » Il me dit qu'il ne peut pas. Alors, je lui dis : « Eh bien ! faites-en ce que vous voudrez ; faites-en de la confiture si vous voulez. » Il répond : « Vous êtes mal gracieux, ce matin. » Je lui dis : « On le serait à moins. »

M... ! Il commence à me courir sur l'haricot, c'type-là. J'aime pas les types qui tergiversent comme ça. Il n'avait qu'à me dire, dès le premier jour, qu'il ne voulait pas envoyer ma lettre. Je lui ai dit : « Vous me prenez pour un idiot, vous avez toujours l'air de vous f... de moi. » Mon vieux, l'interne me regardait avec des yeux ! Mais il n'aurait pas fallu qu'il dise un mot, parce que je lui aurais envoyé une bourrée.

COR... — Je vais lui dire : « Quand c'est qu'on f... le camp de votre boîte ? » Tel que ça.

VEN... — Moi, je vais lui dire carrément qu'on l'em... D'abord, je demande à écrire à mon avocat.

COR... — On commence à en avoir plein le dos ! On s'en f... de son rapport ! On a toujours été tranquille en prison ! On n'est pas fous. C'est ce c... d'avocat qui a demandé à ce qu'on vienne ici. D'abord, je vais demander à changer d'avocat.

VEN... — Quelle sale boîte ! On ne peut pas dormir la nuit. Si j'en tenais un de ceux qui g..., je lui f... une de ces raclées ! Ce que je commence à me faire ch...

COR... — D'abord, on bouffe trop, ça nous f... le cafard. J'aime mieux retourner à la gamelle.

ROU... — Moi, je ne me plains pas de trop bouffer.

COR... — Qu'est-ce que disait donc No...? Il a eng... le Directeur. (*Allusion à un malade du quartier.*)

VEN... — C'est moi qui l'ai eng... Mon vieux ! je ne veux plus le voir, cette ch... !

©BIUM

COR... — Et Sieg...? (*Autre malade.*) Il a bien le droit de rouspéter, depuis seize ans qu'il est là. Tu parles des arrestations arbitraires ! On devrait couper le cou au Directeur et à tous ses acolytes. A mort, les aristocrates !

VEN... — No... m'a fait rigoler quand il racontait...

Ici, une conversation ordurière sans intérêt et qui s'était continuée de la façon suivante :

VEN... — Un fou, c'est une bête, et une bête inutile et même nuisible, puisqu'il coûte. On devrait donc le supprimer immédiatement et rapidement. Ah ! les hommes sont bien c... !

COR... — Oh ! oui, les hommes sont c... !

VEN... — J'ai collé toute ma soupe dans les ch...

COR... — Moi aussi. Je n'ai mangé que les choux et le lard. La soupe me fait ch... Je trouve extraordinaire que Gar... se permette de supprimer une lettre, alors que le juge d'instruction m'a dit qu'il était obligé d'envoyer toutes les lettres où on ne causait pas de notre affaire.

VEN... — Je vais demander à mon avocat si c'est vrai. Dans ce cas, on pourrait lui demander des dommages-intérêts.

COR... — Voilà deux jours que je demande une feuille de papier !

Puis à partir de ce jour, nos trois inculpés, sans doute avertis, par une indication, que leurs propos étaient surpris, se tinrent sur leurs gardes. Leur conversation du 16 juillet suivant, après un dernier entretien, dans mon cabinet, avec l'un d'entre eux, m'en avait fourni d'ailleurs la preuve.

VEN... — Alors, les gars?

COR... — Taisez vos gueules, hein !

(*Un silence.*)

VEN... — Il ne t'a pas demandé ce que tu faisais à Paris ! T'aurais pu lui dire que t'étais palefrenier de chevaux de bois.

ROU... — Tout de même, nous sommes pour lui de bons clients.

VEN... — Oui, tranquilles et doux.

COR... — A la demande générale, nous allons chanter un air d'opéra.

(*Ils chantèrent.*)

COR... — Ça, c'est Raoul de Nangis.

©BIUM

VEN... — Si ce n'est lui, c'est donc son frère.

COR.... — Tu te souviens? Dans la répétition de *Quo vadis*, le chef nous dit : « Vous n'aurez qu'à dire : Cœsar! Morituri te salutant. » Alors, il dit : « Oh! puis, non, vous ne direz rien ». Tu parles! On nous avait promis des lions sur la scène, et y en a eu macache. Ce que je gobais le plus, c'était de f... le camp, en vitesse.

ROU... — Ce qui était chic, c'est quand on chantait : « Peuple romain, etc... ».

COR... — Tu sais bien que le sympathique Directeur de ce sympathique établissement a défendu les chansons obscènes.

VEN... — Ça, ce n'est pas obscène.

COR... — Allons! je vais faire mon plumard en chantant.

(*Chansons grivoises.*)

VEN... — Le Directeur, les Annamites l'appelleraient « Ansbonikémat »; ça veut dire « le vieux grigou aux quatre z'yeux ».

ROU... — Enfin, le rapport médical, il commence à me faire ch...

COR... — Ah! dis donc, Ven..., et puis non, pas aujourd'hui.

VEN... — Oui; compris; un autre jour.

(*Ils chantèrent jusqu'au retour des malades dans la cour.*)

J'imagine, maintenant, qu'après avoir, par surcroît, mis de la sorte en évidence ce qu'on peut appeler la psychologie de nos trois inculpés, la discussion qui, précédant nos conclusions, devait les légitimer, ne pouvait être bien délicate, et en voici l'exposé :

* * *

S'il est, en médecine légale, des cas fréquents où l'on peut déjà, du fait criminel seul, considéré en lui-même, tirer certaines présomptions plus ou moins graves de la folie de son auteur, on pouvait avancer immédiatement que le crime de Roussillon, dans lequel le principal rôle devait, sans contredit, être attribué à Ven..., ne rentrait pas à coup sûr dans ceux-là. Isolément apprécié, en

©BIUM

effet, dans sa facture générale et ses conditions de réalisation collective, non seulement il ne fournissait pas le moindre indice d'un dérangement d'esprit chez ses auteurs, mais encore il apparut, à mon sens, comme étant de nature à pouvoir, sous un certain mode, ruiner par avance l'hypothèse de l'existence possible de la folie chez chacun d'eux. Ce premier point acquis, en s'attachant maintenant à faire la synthèse des agissements des trois inculpés, dans les circonstances qui avaient précédé, accompagné et suivi leur crime, pour la rapprocher d'un premier fait déjà suffisamment mis en relief par l'instruction, à savoir que leurs facultés de raisonnement étaient entières, et de cet autre fait que leur observation collective à l'asile avait été entièrement négative sous le rapport d'un trouble quelconque de leurs facultés mentales, on voudra bien m'accorder, je le crois, que la folie avait été totalement étrangère au déterminisme de leurs actes criminels et que la genèse de ceux-ci n'avait pu être de nature morbide.

Pour admettre, en effet, dans les conditions existantes, que les accusés étaient des aliénés, il fallait nécessairement les supposer, tous trois, atteints d'une folie qui, en dernière analyse, était essentiellement réductible à la seule perpétration d'actes nuisibles ou criminels. Or, sans compter que c'eût été une véritable pétition de principe que de vouloir faire la preuve de la folie des trois inculpés par les actes dont ils avaient précisément à rendre compte, il eût fallu démontrer qu'il existait bien, en pathologie mentale, une maladie ayant pour caractère essentiel, et en l'absence, comme c'était le cas de chacun d'eux, de toute autre manifestation concomitante ou épisodique d'un dérangement notoire de l'esprit, ayant pour caractère essentiel, dis-je, de s'extérioriser uniquement par des actes de nuisance sociale. Mais une semblable démonstration était impossible à faire par l'excellente raison que, réduite seulement à l'accomplissement d'actes tombant sous le coup de la loi, cette folie, qui eût été une sorte de folie des actes ou de folie morale, est un mythe fantaisiste. C'est d'ailleurs dans ce sens que, depuis longtemps, Camuset a pu, sans rencontrer de contradicteur, écrire que « *quand on rencontrait des individus n'ayant pas la*

©BIUM

notion de l'honneur ni de la probité, pour qui la vie humaine comptait pour peu, dont les actes étaient régis par la passion, par l'instinct ou par l'intérêt, qui souvent tiraient leur orgueil de leurs méfaits et qui faisaient le mal pour le mal, on ne disait plus que c'étaient des fous moraux, mais des criminels ».

Ainsi donc, les faits qui étaient reprochés aux inculpés, avec leurs caractères de conscience très nette dans leur délibération collective préparatoire et de cohérence absolue dans leur exécution, s'alliaient rigoureusement aux résultats de l'examen direct de leur personnalité, pour établir qu'aucun d'eux ne rentrait légitimement dans les cadres de l'aliénation mentale, et, par suite, puisqu'ils n'étaient atteints, ni l'un ni l'autre, de la seule folie qui aurait pu, à n'envisager que superficiellement les choses, leur être en apparence applicable, ne pouvaient bénéficier de l'irresponsabilité, qui seule est l'apanage de la folie.

Mais si les inculpés étaient responsables, n'étant pas aliénés, ni même susceptibles de pouvoir rentrer dans les conditions de l'article 64 du Code pénal puisque, de toute évidence, ils avaient été absolument maîtres de leurs volitions, car tout protestait contre la supposition contraire, il convenait de rechercher si cette responsabilité qui leur incombait devait demeurer entière. En d'autres termes, quels pouvaient être les motifs de la diminuer? C'est ce que nous examinâmes successivement pour chacun d'eux, en commençant par V... Il ne faut pas oublier, en effet, qu'en ce qui concernait cet individu, nous avions enregistré le fait d'un oncle paternel aliéné, celui d'une tentative de suicide de sa part et, enfin, qu'il s'était révélé, dans tout le cours de son existence, comme un être indiscipliné, vicieux, paresseux, menteur et voleur. Enfin, le magistrat instructeur avait, comme ayant pu avoir ou ayant eu une influence sur son état mental, retenu les fièvres que V... aurait contractées au Tonkin.

En ce qui concernait la tare familiale, qui serait établie par la maladie de son oncle paternel, et au sujet de laquelle nous avions déjà fait les réserves les plus expresses vu que, depuis l'âge de *trois ans*, cet oncle avait des crises nerveuses qui auraient été le point de

©BIUM

départ d'une soi-disant aliénation mentale qui n'avait pas motivé d'internement, il était impossible d'en tenir compte pour diminuer *ipso facto* la responsabilité de son neveu Ven..., car tel qui a des fous authentiques dans sa famille peut demeurer néanmoins toute sa vie absolument sain d'esprit, l'hérédité n'étant pas fatale.

D'ailleurs, quelque précieux et intéressants que pouvaient être pour l'aliéniste les renseignements relatifs à l'hérédité, il ne fallait pas oublier, ainsi que M. le professeur agrégé Dupré l'a écrit, que « *si on instituait une enquête très lointaine et très détaillée sur l'ascendance et la collatéralité de tous les criminels, on aboutirait presque toujours à des résultats positifs et à la démonstration, par des tableaux généalogiques, d'une vérité que la clinique criminelle a depuis longtemps établie, à savoir la notion de la parenté qui, sur le terrain des anomalies mentales, unit le crime et la folie* », et qu'il avait ajouté : « *Mais, si ces deux produits peuvent sortir du même sol, il ne s'ensuit pas qu'ils soient semblables dans leur nature et leurs manifestations devant l'observation clinique, ni qu'ils soient équivalents dans leur déterminisme et leurs conséquences devant l'appréciation médico-légale.* » C'est pourquoi, bien qu'ayant, à la rigueur, retenu un cas d'aliénation mentale dans la collatéralité de Ven..., nous l'envisageâmes comme négligeable, ayant pu établir préalablement que les actes criminels de l'inculpé ne relevaient pas d'un état pathologique.

Que fallait-il penser maintenant de la tentative de suicide de cet homme? Etait-elle la traduction extérieure de son déséquilibre mental? Il me sembla, au contraire, que le déterminisme de cette tentative s'éclairait suffisamment, en dehors de l'hypothèse d'un accès passager de folie, du fait que Ven..., lors de cet événement, en proie à la plus noire des misères, n'avait dû se tirer un coup de revolver que pour sortir d'embarras. Et, en effet, l'inculpé, j'en étais convaincu, avait si peu l'intention de s'enlever la vie que, précisément, en se tirant une balle dans la poitrine, à plus de 10 centimètres au-dessus de la pointe du cœur, il avait su éviter cet organe et ne produire qu'une lésion qu'à l'avance il savait ne pas devoir être mortelle. Ce qui me fortifia dans ce sen-

©BIUM

timent qu'il n'avait pas l'intention bien arrêtée de se tuer, c'est qu'il avait déjà antérieurement, étant détenu à Hanoï, sous l'inculpation de vol et de cambriolage, simulé, d'une façon certaine, une tentative de pendaison. Il y avait lieu de retenir, en outre, qu'après la guérison de sa blessure, Ven... avait pu précisément trouver le seul emploi réellement lucratif de toute sa carrière coloniale si mouvementée, ce qui prouvait bien que la tentative de suicide n'avait pas eu alors d'influence sur son état mental contemporain et, par suite, n'avait pu en avoir ultérieurement.

Que dire maintenant des fièvres contractées par cet homme dans son séjour au Tonkin, au point de vue d'une répercussion sur son état mental? Sans doute, on a signalé des troubles mentaux dans l'impaludisme aigu ou chronique, mais ils sont déjà fort rares, et, en dehors de ceux qui naissent chez les vieux paludéens, ce qui n'était guère le cas de Ven..., on voit ceux qui se développent, soit pendant et à l'occasion d'un accès fébrile, soit même lors de la convalescence, affecter le caractère d'un délire violent ou tranquille, mais assez nettement nuancé pour qu'il ne puisse passer inaperçu. Or, non seulement les accès de fièvre intermittente de Ven... ne s'étaient jamais compliqués de semblables symptômes, mais il n'était pas même absolument démontré que cet homme eût été atteint de fièvre palustre, son hospitalisation la plus récente ayant été motivée officiellement par une anémie des pays chauds, et qu'il se trouvait encore avéré que ce diagnostic était un diagnostic de complaisance destiné à favoriser son entrée à l'hôpital pour se reposer. Enfin, pendant les trois mois de son dernier séjour à Roussillon, si Ven... avait eu la fièvre intermittente, ce qui était plus que douteux, personne n'avait signalé que sa mentalité eût été simultanément ou postérieurement touchée. Dans ces conditions, il était hors de doute qu'on ne pouvait admettre une influence quelconque de son prétendu paludisme sur ses facultés mentales.

Mais, me dira-t-on enfin, Ven..., étant un individu depuis longtemps indiscipliné, paresseux, menteur et précocement délinquant, avait, à tout le moins, prouvé suffisamment qu'il était déséquilibré et, à ce

©BIUM

titre, ne devait-il pas jouir d'une atténuation de responsabilité? Je ne pus me résoudre à une pareille capitulation et, réfléchissant que Ven... était certainement intelligent et disposait, en somme, de moyens naturels tout à fait suffisants pour gagner sa vie honorablement, il me fut impossible, sous prétexte que, de bonne heure, il avait gâché librement sa vie, préférant la paresse à l'étude, l'indiscipline à la docilité, la fainéantise au travail, le désordre des actes à la bonne conduite, l'intempérance à la sobriété, le gaspillage à l'économie, le vol au respect de la propriété d'autrui, et en s'engageant avec un cynisme rare dans la voie poursuivie par les pires gredins, il me fut, dis-je, impossible de revendiquer pour lui une atténuation de responsabilité. Le champ de la répression pénale se rétrécirait singulièrement et abusivement, on en conviendra, si on devait tenir compte ainsi, aux délinquants et aux criminels, de penchants antisociaux qui ne résultent pas directement de leur invalidité cérébrale.

En ce qui concernait Rou..., je n'aperçus pas davantage, dans son cas, de motif d'atténuation de responsabilité. Et, en effet, si l'on veut bien se rappeler ici que cet homme, normalement doué en somme, avait reçu d'abord une instruction première suffisante pour obtenir son certificat d'études ; qu'il s'était conduit convenablement jusqu'au jour où, employé dans une cantine et largement payé, il aurait pu d'autant mieux s'y maintenir que l'élévation de son gain lui avait permis d'en économiser une bonne part ; qu'il n'avait pas tardé, au contraire, à se livrer à la boisson, à employer son argent à satisfaire son goût pour la débauche, et à commettre enfin des indélicatesses indéniables; qu'une fois au régiment, où il avait contracté un engagement anticipé, il avait continué de se révéler sous le plus mauvais jour, passant à juste titre pour un franc mauvais sujet susceptible des pires défaillances morales, on devait se demander en vain en quoi ces tares morales acquises pouvaient servir aujourd'hui de causes d'atténuation de sa responsabilité.

Les considérations que j'avais déjà fait valoir, dans le même ordres d'idées, lorsqu'il s'était agi de Ven..., étaient absolument superposables de l'un à l'autre à ce

©BIUM

point de vue. La valeur morale de ces deux individus s'équivalait et, s'il est vrai que l'hérédité de Rou... était plus chargée que celle de Ven... en sujets aliénés, ce qui avait fait dire du premier, au maire de son village, que, vu ses tares héréditaires, il doutait qu'il fût tout à fait responsable, je déclarai pouvoir démontrer que ces soi-disant tares héréditaires n'existaient pour ainsi dire pas, ainsi que je l'ai déjà fait pressentir plus haut, et que la multiplicité des cas d'aliénation mentale dont Rou... semblait porter le poids n'était qu'une illusion. Et, en effet, en se reportant au tableau généalogique de la famille de cet homme, on découvrait aisément :

1° Que l'aliénée Régina Rou..., nièce, il est vrai, de Rou... père et cousine germaine de l'inculpé, avait reçu sa tare vésanique du chef de sa mère, née Sic... (Louise-Lucie), qui n'avait aucun lien de consanguinité avec la famille R... ;

2° Que l'aliéné Dru... (Alcide), né d'Esther Sic..., femme Dru..., elle-même fille de Marguerite Rou..., épouse Jacques Sic..., n'était, par rapport à l'inculpé, que son petit-cousin, étant le cousin, seulement issu de germain, de Rou... père, mais que la tare prédisposante à la folie dont il avait été victime lui avait été transmise par le mariage de Pierre-Jacques Sic... avec Marguerite Rou..., tante du père de l'inculpé.

Il apparaissait donc comme incontestable que la folie n'était entrée chez les collatéraux de l'inculpé que par leur alliance avec les Sic..., et ce qui le prouvait, c'est qu'en remontant jusqu'à la quatrième génération, on ne trouvait aucun cas d'aliénation mentale dans la famille Rou..., tant qu'elle ne s'était pas alliée à la famille Sic...

Quant à Jules Vil..., cousin germain de Rou... (Gaston), il n'avait avec ce dernier aucun lien de consanguinité, n'étant devenu son parent qu'après avoir épousé Berthe Dre..., nièce de Rou... père. Par suite, il importait peu à l'inculpé que Jules Vil... eût été fou à un moment donné, ou non.

Il ne restait donc plus qu'à nous expliquer sur le cas de Georges Rab..., qui, fils de Lucile Rou..., sœur du père de l'inculpé, était encore le cousin germain de

©BIUM

celui-ci et qui s'était, en 1908, jeté volontairement dans la Seine, où il s'était noyé. Le fait de se donner la mort est évidemment un fait anormal, et, en admettant que l'acte de Rab... eût été, en réalité, sous la dépendance directe de la folie, comme il n'était, après tout, par sa mère, née Rou..., que le cousin germain de Gaston R..., il me sembla, ayant constaté d'autre part que l'aliénation mentale n'avait fait son apparition dans la postérité de R... qu'après l'alliance de cette famille avec celle des S..., que j'étais autorisé à dire que si Georges Rab.. avait été fou, il était extrêmement probable, pour ne pas dire certain, que sa folie provenait non de sa mère, née Rousseau, mais de son père.

Que restait-il donc ainsi de cette lourde hérédité qui semblait *a priori* peser sur la mentalité de l'inculpé, puisque, nous venons de l'établir, elle s'était bornée au fait unique du suicide d'un cousin-germain qui avait pu, très probablement encore, n'hériter de cette disposition morbide, que du fait de son père, totalement étranger à la famille Rou...? J'imagine que, dans ces conditions, on ne pouvait songer à retenir ce fait comme un motif tant soit peu légitime de diminuer en quoi que ce fût la responsabilité de Rou..., de sorte qu'il ne restait rien, en résumé, de tout ce qui, en fait d'hérédité, avait été, en sa faveur, complaisamment accumulé dans ce but.

Quant à Cor... (Henry), le troisième inculpé, les raisons d'une diminution possible de sa responsabilité pouvaient-elles être valables?

Tout d'abord, en envisageant son hérédité, on constatait qu'aucune tare héréditaire vésanique ou nerveuse n'existait chez ses ascendants ou ses collatéraux, sans quoi ses parents l'eussent mentionné, comme ils n'avaient pas manqué d'énumérer plusieurs maladies de sa jeunesse, mais sans alléguer positivement qu'il en était resté quelque reliquat dommageable pour la mentalité de leur fils. On pouvait donc avancer que, chez Cor..., les tares héréditaires étant déjà nulles, les maladies physiques dont il avait été atteint étaient demeurées sans effet nocif sur son cerveau. Sans doute, M. Cor... père ayant donné à entendre que son fils ne devait pas être comme les autres, et, à l'appui de son

©BIUM

dire, avait même rapporté, comme on l'a vu, que jadis, à la pension, ses camarades anglais l'appelaient « Mad », ce qui signifierait, avait-il dit, « toqué »; mais, outre qu'il est bien difficile de déterminer ainsi, dans une autre langue, la signification exacte d'un mot d'un vocabulaire étranger, surtout lorsqu'il s'agit d'une expression populaire, la déclaration de Cor... père se heurtait d'ailleurs à celle de son fils, qui m'avait affirmé le contraire et qu'en Angleterre il avait toujours été très bien avec ses camarades, ceux-ci ne l'ayant jamais ridiculisé, tandis qu'à la pension de la rue du Banquier, à Paris, sa grande taille et son nom avaient été un double prétexte pour le « chiner » (*sic*)... Et, en effet, ne savions-nous pas encore que le directeur d'une école où Cor... avait séjourné de novembre 1904 à juin 1905, avait fait connaître « qu'il lui avait laissé l'impression d'un être nonchalant, flegmatique et gauche, qui était la risée de ses camarades, et dont la simplicité d'esprit était mise sur le compte de sa complexion délicate, car il était de grande taille pour son âge »?

Mais, si la faiblesse d'esprit de Cor... était admissible, rattacher cette débilité mentale à la précocité de sa croissance me parut une opinion purement conjecturale qui, alors même qu'elle eût été démontrée, n'aurait pas élucidé le point de savoir si cette débilité mentale était de nature à être prise en considération dans l'appréciation qui nous était demandée de la responsabilité de cet individu. Or, bien que Cor..., dépourvu d'instruction, faisait des fautes grossières d'orthographe, il eût été excessif de dire que son niveau mental n'atteignait pas la moyenne de jugement et de compréhension exigée pour se conduire raisonnablement dans la vie. S'il avait pu subir l'influence d'un milieu délétère, il avait cela de commun, avec tous les êtres dont la consistance morale n'est pas fortement trempée; mais, de là à en inférer que sa responsabilité devait en être diminuée, il y avait un abîme, et déclarer que ses diverses maladies et sa croissance rapide avaient influé sur son développement intellectuel et moral me sembla absolument interdit.

Aussi, pour répondre aux questions que m'avait posées le magistrat instructeur au sujet des trois

©BIUM

inculpés, je formulai les conclusions ci-après, valablement tirées de tout ce qui précède :

1° Les nommés Ven... (Maurice), Rou... (Gaston) et Cor... (Henry-Maxime) ne sont nullement aliénés, et ils n'étaient pas davantage en démence, dans le sens de l'article 64 du Code pénal, au moment des actes par eux commis à Roussillon dans la nuit du 13 au 14 janvier 1910, lesquels ont été commis en parfaite connaissance de cause ;

2° La responsabilité qui leur incombe dans l'ensemble des faits criminels auxquels ils ont apporté une collaboration individuelle plus ou moins étendue, demeure entière, l'examen psychiatrique et biologique de ces trois accusés n'ayant pas révélé, en somme, d'anomalies mentales ou psychiques de nature à la diminuer, même partiellement ;

3° En ce qui concerne plus spécialement Ven..., ni les fièvres soi-disant subies par lui au Tonkin, ni même sa tentative de suicide n'ont pu exercer d'influence sur son état mental ;

4° Pour ce qui est de Rou..., il n'y a pas lieu de lui tenir compte du prétendu atavisme morbide dont il aurait subi l'influence, puisque nous en avons montré le néant étiologique ;

5° Quant à Cor..., il n'a subi, au point de vue mental, aucune influence fâcheuse du fait de ses maladies antérieures et de sa croissance hâtive.

*
* *

L'affaire vint devant la cour d'assises de Saône-et-Loire, les 18 et 19 octobre 1910, et se termina par la condamnation à mort de Ven... et par celle des travaux forcés à perpétuité pour Rou... et Cor...

Ultérieurement, la peine de mort de Ven... fut commuée, par le Président de la République, qui, ayant à statuer sur une autre condamnation à mort, celle de l'assassin du garçon de recette de Lille, laissa exécuter ce dernier et fit grâce à celui de Roussillon.

©BIUM

Législation

DIVORCE ET ALIÉNATION MENTALE

RÉPLIQUE A M. LE DOCTEUR TRÉNEL

Par le Dr Victor PARANT père,
Médecin directeur de la maison de santé de Toulouse.

HONORÉ CONFRÈRE,

Mon article sur la question du divorce et de l'aliénation mentale, que les *Annales médico-psychologiques* ont bien voulu publier en juillet dernier, n'a point obtenu vos suffrages, et les lecteurs des *Annales* ont pu lire dans le dernier numéro les critiques que vous en avez faites. Vous en avez relevé un par un presque tous les points, même ceux qui ne lui appartenaient pas en propre et n'étaient que le résumé de ce qui avait été dit ailleurs, et cela vous a permis de dresser contre lui dix-sept chefs de réprobation que vous avez soigneusement numérotés. Si mon article avait été un peu plus long, vous auriez pu arriver aux deux douzaines.

Vous l'avez fait non sans ironie, peut-être même non sans dédain ; car après avoir bien voulu m'accorder en termes trop élogieux pour moi une haute autorité et parler de ma longue pratique (elle touche en effet à sa quarantième année), vous avez déclaré sans ambages que tout ce que j'ai dit, ou à peu près tout, est sans valeur, non scientifique, redites inutiles ou inefficaces,

©BIUM

erreur ou pure rêverie. Belle affaire, en vérité, d'appliquer une longue pratique et une haute autorité à un si piètre résultat !

Je ne me suis point offusqué de vos paroles ni ému de votre ironie. Je crois que même j'ai plutôt été porté à m'en applaudir. Si, en effet, mon article n'avait été digne d'aucune considération, vous ne vous seriez sans doute pas mis en peine de le fouiller si minutieusement. Il me semble d'ailleurs que votre ironie manque son but et que vos critiques ne sont ni irréfutables ni décisives.

Je dois constater que vous avez accepté qu'elles me fussent communiquées avant d'être publiées, afin que, si je le trouvais utile, je pusse y répondre dans le même numéro. C'était là une marque de courtoisie dont je vous sais gré. Mais, d'accord avec M. le Directeur des *Annales*, j'ai cru préférable d'ajourner ma réplique, afin que préalablement nos lecteurs pussent d'eux-mêmes se prononcer entre nous.

Comme vous l'avez fait à mon sujet, je vous suivrai en quelque sorte pas à pas. Si je faisais autrement, il est tel détail, il est tel de vos reproches que je pourrais laisser échapper et qu'il peut ne pas être sans intérêt de relever.

Vous commencez en me reprochant de *repousser en bloc, sous une forme agressive, ce qui se fait en Allemagne*, et il vous a semblé que, *me sentant, à le faire, sur un mauvais terrain, j'ai abandonné brusquement le fond de la loi allemande pour me rejeter sur les détails.* (Ici et ailleurs j'ai tenu à rapporter textuellement vos paroles.)

Je ne disconviens pas que je ne suis pas du tout admirateur de tout ce qui se fait en Allemagne, et je reproche particulièrement à la science psychiatrique

©BIUM

allemande d'avoir dénaturé la psychiatrie en y introduisant des doctrines bientôt caduques, je l'espère, si j'en juge par quelques indices, lesquelles cependant ont eu une influence déplorable par l'engouement avec lequel on les a adoptées, et dont leurs auteurs, au dire de quelques-uns, sont les premiers à faire bon marché. Si l'Allemagne possède une loi permettant le divorce pour cause d'aliénation mentale, cela n'est pas une raison pour désirer que nous ayons dans notre pays une loi pareille. Peu importerait donc, sinon à un point de vue purement spéculatif, la loi allemande.

Mais, cela mis à part, n'est-ce pas précisément le fond de cette loi que concerne mon article tout entier? Loin de l'esquiver, c'est lui surtout que j'ai eu en vue, puisque mon but a été de donner des arguments contre l'établissement en France d'une loi ayant le même objet.

J'aurais pu comprendre que vous me reprochiez d'avoir envisagé d'une manière irrévérencieuse la conception de la perte de la communauté mentale imaginée par le législateur allemand. Mais je vous prierai de remarquer que la discussion de cette conception, pas plus que l'étude des interprétations que les juges allemands peuvent en faire, n'aurait actuellement d'utilité pour nous, en raison même de la différence qu'il y a, si je ne me trompe, entre la loi allemande et les projets de loi présentés au Parlement français, ceux-ci ayant pour base de la décision du divorce l'incurabilité, la seule incurabilité, prise en elle-même et indépendamment de toute autre considération ; cette incurabilité que, comme vous nous l'indiquez, le juge allemand, d'après la loi de son pays, n'est porté qu'accessoirement à envisager et malgré laquelle il lui est arrivé de refuser le divorce.

Vos premiers reproches sont donc immérités, et je ne

©BIUM

désespère pas de montrer qu'il en est de même des autres.

J'admire la désinvolture et le sans-façon avec lesquels vous repoussez, au point de vue du divorce, l'assimilation des maladies mentales avec n'importe quelles autres maladies. Selon vous, l'argument en vertu duquel on rejette le divorce pour cause d'aliénation mentale, en disant que si on l'admet pour l'aliénation mentale, il faut l'admettre pour toute autre maladie, cet argument *éternel*, dites-vous, *ne porte manifestement pas ; il est antiscientifique, car il compare des unités d'ordre différent ; jamais*, selon vous, *médecin ni législateur ne s'arrêtera à semblable idée qui n'est invoquée que pour les besoins de la cause.* Et voilà tout, après quoi, il vous semble que la cause est jugée.

Si cet argument est *éternel*, c'est déjà une raison de penser qu'il a quelque consistance, et s'il s'est trouvé des législateurs pour le méconnaître, cela ne veut pas dire qu'il soit mauvais. Il me paraît, d'autre part, qu'il y a plus d'un médecin à le mettre en avant, le trouvant d'importance.

Selon vous, il n'est pas applicable, parce qu'il compare des unités d'ordre différent. Certes, une maladie mentale n'est pas la tuberculose, pas plus que le tabes n'est le cancer, ou un anus contre nature, ou un hypospadias, toutes maladies ou infirmités qui sont susceptibles, avec bien d'autres, de rendre la cohabitation conjugale désagréable ou impossible. Si donc on doit s'en tenir à ce qui peut rendre la vie conjugale difficile ou désagréable, et réduire les aliénés au simple rôle de mauvais coucheurs (passez-moi le mot), pourquoi, à ce point de vue, établir une distinction entre les maladies mentales et beaucoup d'autres maladies ?

En vous refusant à établir, pour l'objet qui nous

©BIUM

occupe, une connexité étroite, absolue, entre les maladies mentales et n'importe quelles autres, ne perdez-vous pas de vue une des conquêtes les plus précieuses que notre spécialité ait faites. Depuis près d'un siècle, les aliénistes ont été unanimes à s'efforcer de faire comprendre aux profanes, de leur faire admettre que les maladies mentales sont des maladies tout comme les autres maladies; que, comme les autres maladies, elles relèvent de la pathologie générale, et qu'elles ont avec les autres maladies de nombreuses affinités; que les aliénés, en fin de compte, sont des malades; que, comme tels, tout ce qui les concerne relève des médecins, et que seuls ceux-ci sont compétents pour le déterminer. Pour arriver à faire pénétrer ces vérités dans l'esprit du public et les y consolider, ils ont rencontré des résistances qui ne sont pas encore toutes entièrement vaincues. Cependant, nous avons pu constater avec satisfaction que cette notion a été, lors de la récente discussion, en France, d'un projet de loi sur les aliénés, soutenue et proclamée bien fort, même avec insistance, du haut de la tribune de notre Chambre des députés, même par des orateurs qui n'étaient pas médecins, et elle n'a soulevé ni protestations, ni contradictions. Voici que maintenant vous, qui êtes un médecin aliéniste, non des moindres, qui occupez une place en vue dans la spécialité, vous n'hésitez pas, d'un trait de plume, à annihiler en quelque sorte cette conquête importante. Je suis bien convaincu que vous ne voudriez pas qu'on pût interpréter vos paroles dans ce sens, et s'il en est ainsi, vous n'avez pas le droit de repousser, comme inopérant dans la question, l'argument tiré de l'assimilation des maladies mentales avec les autres maladies; toutes, à ce point de vue, ne font qu'un bloc et sont solidaires les unes des autres. Iriez-vous donc jusqu'au bout des conséquences? Si oui, vous devez demander

©BIUM

qu'on puisse divorcer pour n'importe quelle maladie incurable, ou sinon, admettre la légitimité de l'argument dont nous venons de parler.

Ce que nous avons examiné jusqu'ici se rapporte à cette partie de mon article qui ne m'est pas, à proprement parler, personnelle et où je n'avais fait que résumer, en donnant mon adhésion aux propositions qui me paraissaient sages, ce qui avait été dit à la Société médico-psychologique. Nous arrivons maintenant à ce qui m'appartient plus en propre.

Nous trouvons d'abord ce que j'ai dit des aliénés qui sont victimes du mariage lui-même et qui lui doivent essentiellement leur maladie mentale.

Je croyais, je vous l'avoue, que sur ce point je n'avais pas de précurseurs et qu'avant moi personne, à ma connaissance, n'avait mis en cause les considérations auxquelles je me suis arrêté. Dans une phrase, qui peut-être aussi pourrait s'interpréter autrement, vous semblez dire que je ne suis pas le premier à l'avoir fait. Si d'autres m'ont précédé, je m'incline absolument devant leur priorité; mais, ne les connaissant pas, je serais bien aise qu'on me les indiquât.

Quoi qu'il en soit, j'ai donc dit qu'il serait injuste, antisocial, immoral et même monstrueux d'exposer au divorce les aliénés qui se trouveraient dans ces conditions. Vous, de votre côté, vous vous appropriez mes paroles, vous les retournez en sens inverse et vous soutenez que ce qui est antisocial, injuste, immoral et monstrueux, c'est d'obliger *une personne saine et normale à subir, pendant toute son existence, elle et ses enfants* (je ne vois pas bien ce que les enfants viennent faire ici, d'autant qu'eux-mêmes pourront avoir à souffrir plus du divorce que de la persistance du lien conjugal

©BIUM

entre leur père et leur mère), *de subir, disons-nous, le supplice insupportable de vivre avec une personne en démence.* Pour qu'il n'y ait pas d'équivoque, et pour qu'on ne se laisse pas troubler par le dramatique de vos paroles, ajoutons, n'est-ce pas, que ce supplice de vie commune a comme équivalent la douleur, d'une autre espèce, de n'avoir plus de vie conjugale lorsque l'aliéné est placé dans un établissement spécial. Je suppose que c'est bien ainsi que vous l'entendez vous-même.

Je crois devoir rappeler, comme je l'ai indiqué dans mon article, que pour cette partie de la question nous ne sommes pas sur un terrain purement médical, mais que, comme médecins, il nous appartient de la signaler à l'attention, au nom de ce que j'ai appelé la morale sociale.

Je n'ai pas craint d'employer des termes énergiques pour marquer ce qu'il y aurait de grave, selon moi, à exposer au divorce, à faire rejeter inopinément hors de sa situation sociale, une personne qui aurait par le fait même du mariage et de ses circonstances été frappée d'aliénation mentale ; votre manière de détourner ces termes me fait craindre qu'il n'y ait pas du tout entre nous sur ce point de communauté mentale.

Mon souci et ma pitié se portent sur les victimes que la vie conjugale fait verser par elle-même dans l'aliénation mentale, et se porteraient d'ailleurs aussi bien sur toute personne qui au cours de sa vie conjugale, sans que celle-ci fût nécessairement en cause, serait victime de troubles morbides qui altéreraient sa raison ; comme il arrive par exemple, si vous voulez bien me concéder qu'il en soit ainsi, à la suite de graves maladies infectieuses. Je comparerais volontiers cette situation à celle du soldat mutilé, infirme, victime de la vie militaire et de ses devoirs envers son pays, que cependant personne ne songerait à rejeter

©BIUM

hors de sa condition sociale, ni même à exposer au divorce à cause de ses infirmités.

Mais vous paraissez n'avoir cure de cela et vos préoccupations paraissent se porter uniquement sur les époux restés sains d'esprit. Je ne disconviens pas que dans le nombre il ne puisse s'en trouver dont la situation soit désolante ; il en est certains pour lesquels il pourrait être juste de rechercher non pas les éléments d'un divorce, mais plutôt, si l'aliénation mentale survient dès le début de la vie conjugale, des causes de nullité du mariage, ce qui n'est pas la même chose.

En tout cas, faudrait-il qu'ils ne se soient pas mis inconsidérément dans leur mauvais cas, qu'ils ne soient d'aucune manière responsables de ce qui leur arrive et qu'ils soient vraiment dignes d'intérêt et de commisération.

Pour nous émouvoir et pour justifier votre opinion, vous citez à la fin de votre article un cas qui, si je ne me trompe, me paraît ne faire qu'un avec un autre que vous avez brièvement indiqué peu auparavant. Je le reproduis presque textuellement d'après vous.

Deux veufs, dites-vous, se marient, ayant l'un un fils, l'autre une fille. La fille se livre au jeune homme, ou plutôt, s'il faut en croire le père, elle le prend ! Il faut sauver l'honneur ; on les marie. Or, la fille, déjà faible d'intelligence, tombe immédiatement dans la démence ; il faut l'interner. Le jeune homme d'ailleurs l'avait vite quittée, avec l'assentiment du père et de la mère, et a été fonder autre part une famille ; il a des enfants. Le père et la mère, désespérés, demandent le moyen de faire prononcer un divorce qui leur permette de régulariser une situation dont nos mœurs sociales ne savent pas encore s'accommoder.

Est-ce sérieusement que vous nous demandez de nous intéresser à de telles gens et à leur situation ?

©BIUM

Voyons un peu, sans nous payer de mots.

Le héros de l'aventure est un jeune homme qui, *au dire du père*, s'est fait mettre dedans par une fille déjà faible d'intelligence ; un peu plus, on nous dirait qu'elle l'a violé.

Était-il donc serin à ce point? Ou plutôt n'était-il point un goujat, qui a trouvé tout simple d'abuser de la niaiserie de celle qui, remarquons-le encore, était sa belle-sœur par alliance, ce qui aurait bien dû lui imposer un peu de réserve ? Toujours est-il qu'il trouve fort agréable de s'en donner à l'aise avec cette imbécile et qu'il ne demande pas mieux que de se laisser faire. Mais, comme dit Beaumarchais, tant va la cruche à l'eau... et, comme il devait arriver, bientôt la cruche est pleine. Il faut sauver l'honneur. Le père de l'un, la mère de l'autre savent bien tous deux que la fille n'est qu'une imbécile, qu'on peut voir en elle une candidate à la folie et point du tout une femme faite pour la vie conjugale.

Néanmoins, ils ne trouvent rien de mieux à faire que de les lier par un mariage légal. Comme on devait s'y attendre, cela tourne mal ; entre temps, ces braves gens ont gentiment approuvé le jeune homme, qui ayant plein le dos de son imbécile, a été planter ses lares ailleurs. Et maintenant que la fille mariée est aliénée, internée, on voudrait une seconde fois sauver l'honneur (on a souvent besoin de sauver l'honneur dans cette famille), et par un bon divorce permettre au fils de légitimer par le mariage les charmes de sa seconde union.

A mon avis, ces gens-là ne méritent pas qu'on les prenne en pitié ; ils sont absolument en dehors de cette morale élémentaire que vous invoquez pour eux, et à propos de laquelle vous vous écriez dramatiquement : « Quel est le pouvoir qui a le droit de s'opposer à la réalisation de ce divorce ? » Eh ! précisément, le pouvoir

©BIUM

de cette morale sociale, dont, je le suppose, vous reconnaissez la force tout aussi bien que moi !

En vérité, plus je considère le cas que vous avez pris comme exemple, plus je suis convaincu que, lorsque l'idée vous est venue de le citer, vous étiez en veine d'ironie et d'humeur paradoxale. En effet, comme assurément vous ne considérez pas le mariage comme une simple formalité administrative destinée à couvrir temporairement des combinaisons sexuelles plus ou moins capricieuses, vous n'aurez certainement pas voulu qu'on prit votre cas au sérieux.

Pour infirmer celles de mes observations dont nous venons de parler, vous leur avez fait des critiques d'ordre médical.

Et tout d'abord, vous allez presque jusqu'à nier que le mariage, ses misères, les difficultés sociales que les époux y affrontent conjointement et dans une solidarité complète, puissent être mis en cause dans la naissance de l'aliénation mentale. Les auteurs, si pleins d'autorité qu'ils soient, qui ont cru reconnaître qu'il pouvait en être ainsi, se seraient donc, selon vous, bien abusés. La raison que vous en donnez est simple, c'est que tous ceux qui deviennent aliénés pendant le mariage sont, selon vous, des prédisposés. « *En réalité*, dites-vous (je tiens plus que jamais à citer vos paroles), *n'est-ce pas uniquement la prédisposition, et la prédisposition héréditaire, qui entre en jeu sous des influences morales et matérielles?* »

Eh quoi, ne peut-on devenir aliéné dans le mariage et même sans doute en dehors du mariage, que si on a de la prédisposition héréditaire? Si encore vous aviez parlé de la prédisposition en général, tantôt héréditaire, tantôt acquise et fortuite, vos paroles eussent laissé la porte ouverte à un moindre absolutisme. Mais c'est bien la pré-

©BIUM

disposition héréditaire seule que vous mettez en cause. Je ne puis, pour vous répondre, qu'en appeler à tous les travaux produits sur les causes des maladies mentales, et renvoyer à ce que les traités de pathologie mentale en ont dit. Je crains que, dans la fin de non-recevoir que vous m'opposez, votre ironie n'aille vraiment trop loin.

Vous le sentez peut-être vous-même, puisque vous concédez que la prédisposition a besoin, pour opérer, d'être mise en jeu par des influences morales ou matérielles. En le faisant, vous reconnaissez implicitement la part d'action de la vie conjugale et de ses diverses circonstances, et vous devez, par cela même, admettre que la situation est bien celle que j'ai indiquée ; j'en prends acte.

De la même manière, et dans le même ordre d'idées, vous éliminez de toute discussion le cas des femmes qui sont atteintes de maladie mentale par le fait de la puerpéralité. Qu'est leur aliénation mentale ? Selon vous : de la démence précoce, cette fameuse démence précoce qui vise à résumer en elle presque toute la pathologie mentale, si bien que, quand on a dit démence précoce, on a tout dit ; et comme implicitement on fait dériver la démence précoce de la prédisposition héréditaire, c'est encore donc uniquement celle-ci qui se met en cause et non la puerpéralité. Qu'importent l'époque et les conditions dans lesquelles cette maladie mentale survient ; il faudra toujours répéter : démence précoce, prédisposition héréditaire ! prédisposition héréditaire, démence précoce !

Que deviennent donc dès lors toutes les notions qui paraissent actuellement bien admises, sur les folies puerpérales d'origine autotoxique ? Est-ce que vous les considérez comme non scientifiques ? comme de pures

©BIUM

rêveries? est-ce que vous refusez d'en tenir compte parce que vous les trouvez sans valeur?

Vous me direz peut-être encore que la maladie mentale née par le fait d'une auto-intoxication guérit souvent. Pourrai-je vous répondre qu'il lui arrive aussi de ne pas guérir?

Ce que j'ai dit de la folie d'origine syphilitique, dans laquelle le conjoint devenu aliéné serait la victime de l'autre, ne trouve, pas plus que le reste, grâce à vos yeux. Vous le rejetez, parce que, selon vous, il ne peut s'agir que de paralysie générale et que, d'ordinaire, on en a vite fait de la vie dans la paralysie générale. Vous pensez d'ailleurs amoindrir encore plus mes propositions en cherchant à retourner contre moi une opinion que j'ai émise sur l'origine de la paralysie générale. Je suis heureux de savoir que cette opinion n'a pas passé inaperçue pour vous ; mais je dois rectifier un peu vos souvenirs à son sujet ; je ne crois pas avoir nié absolument la possibilité de l'origine syphilitique de la folie ; j'ai soutenu et je crois avoir toujours de bonnes raisons de soutenir que, contrairement à une opinion trop absolue et qui a été trop généralement adoptée, la paralysie générale ne provient pas nécessairement et toujours de la syphilis, qu'elle reconnaît d'autres causes. Il suit de là que, alors même que dans la discussion présente la paralysie générale pourrait être seule en cause, j'aurais encore quelque peu le droit d'en parler.

Mais ne voudrez-vous pas convenir que d'autres formes de trouble mental peuvent naître directement de la syphilis? Vous savez que la syphilis occasionne des altérations diverses de l'encéphale, y compris les pseudo-paralysies générales dont la durée est souvent bien plus longue que celle de la vraie paralysie générale, et que ces altérations s'accompagnent, sinon de

©BIUM

délire systématisé, du moins de déchéances mentales plus ou moins profondes.

Cette même syphilis conjugale pourrait aussi être indirectement une cause de folie, si je m'en rapporte aux éventualités d'un cas que je connais. Une dame qui a passé la trentaine, et qui ne paraît pas être une prédisposée, est très obsédée par la pensée qu'une bonne syphilis, que son mari lui a libéralement octroyée, pourrait lui altérer le cerveau. Si l'obsession tournait au délire hypocondriaque, comme il arrive dans ces cas que Falret a signalés jadis à la Société médico-psychologique, dans lesquels le délire repose sur des faits vrais ou vraisemblables, ne serait-on pas en droit de soutenir que c'est bien le mari et sa syphilis qui sont cause de la folie de la femme ?

A l'appui de mes considérations sur la folie provenant du mariage, j'ai rappelé l'histoire de M^mo^ de Lavalette ? *Je me refuse, dites-vous, à faire entrer en ligne de compte un argumemt de ce genre.*

Et pourquoi vous y refusez-vous ? parce que vous considérez ce fait comme purement *sentimental* et nullement *médical*. — Pardon ! Pardon ! il est très médical et aussi scientifique que médical ; il est tout aussi médical que n'importe quelle observation de maladie mentale, et il serait très bien à sa place dans une étude purement médicale et parfaitement scientifique sur les causes de la folie.

Au sujet de cette histoire, vous me donnez une indication bibliographique dont j'ignorais l'existence, et d'après laquelle la folie de M^me^ de Lavalette devrait être attribuée, non aux émotions qu'elle aurait ressenties par le fait des graves dangers courus par son mari et par elle à cause de son mari, mais à la jalousie qu'elle aurait éprouvée en trouvant dans les bagages de son mari

©BIUM

des lettres féminines. Vous concluez de là que l'histoire en question n'avait rien à faire sous ma plume. Moi, je trouve au contraire qu'à mon point de vue cela lui donne une précision et une valeur bien plus grandes ; il en ressort d'abord plus que jamais que ce sont des chagrins domestiques qui ont altéré la raison de Mme de Lavalette. D'autre part, ne devient-il pas plus facile que je ne le croyais de supposer que le mari, malgré la reconnaissance qu'il devait à sa femme, aurait trouvé là, au bout d'un temps de veuvage moral suffisant, une bonne occasion d'en finir par un bon divorce et de faire à sa maîtresse une meilleure position sociale? Je ne puis que vous remercier d'avoir, par votre indication bibliographique, rendu mes suppositions encore plus saisissantes.

Vous qualifiez de pure vue de l'esprit ce fait, que je considère comme grave, que l'aliéné serait hors d'état de se défendre lui-même dans une instance en divorce, et vous dites qu'à son défaut la loi saurait bien lui donner, *ad litem*, un mandataire spécial. L'éventualité, dites-vous, a été prévue par la loi allemande. Croyez-vous vraiment que cela revienne au même que si l'intéressé pouvait personnellement se défendre? Vous citez un administrateur d'asile qui, très soucieux de tout ce qui concerne les aliénés dont il a la charge, les défend bénévolement et le fait bien. S'il s'agit d'un administrateur d'un asile français, je ne vois pas comment il aurait pu, jusqu'ici, avoir grand'peine à défendre contre un divorce que notre loi n'autorise pas et dont l'instance tombe presque d'elle-même. Et d'ailleurs, pour un qui agirait de cette façon, combien d'autres s'en désintéresseraient peu ou prou, de manière à ce que leur intervention ne fût que de pure forme, et cela avec raison ; en effet, ils ne seraient que

©BIUM

peu, ou mal, ou pas du tout renseignés sur les motifs que l'aliéné pourrait invoquer lui-même pour sa défense

Vous me reprochez de soutenir qu'il n'y a pas de critérium absolu de l'incurabilité et vous dites qu'énoncer un semblable axiome, c'est nier toute science mentale. Cependant, dix lignes plus loin, vous convenez qu'il y a des cas où cela est vrai, des cas où il est impossible d'affirmer l'incurabilité. Vous me permettrez de prendre acte de cette concession, si minime qu'elle soit. Quant à moi, de par la longue pratique que vous avez bien voulu me reconnaître, je persiste à soutenir que les cas sont nombreux où, malgré des apparences qui sembleraient décisives, il est impossible de se prononcer, et cela notamment en raison même des arguments que j'ai présentés, concernant certains réveils inattendus des facultés mentales en apparence le plus complètement éteintes ou oblitérées, et de l'ignorance où nous sommes de l'état véritable des facultés mentales dans bien des cas de folie chronique. Nous avons bien tous, tant que nous sommes et dans la plupart des cas, de très grandes probabilités en faveur de cette incurabilité. Mais nous les déduisons, comme vous le reconnaissez vous-même, moins de signes déterminés que de notre expérience et de notre connaissance des malades. C'est, pour me servir d'une expression qui a été de mode, une question de flair ; mais ce moyen de juger ne commande-t-il pas par lui-même une grande réserve ? Nous ne craignons pas de nous prononcer et d'affirmer l'incurabilité quand il s'agit de cas comme ceux que vous énoncez avec complaisance, interdiction, succession à recueillir, vente de mobilier, réforme militaire, mise à la retraite ; que sais-je encore ? Mais quant à inférer de là, comme vous le faites, que nous ne devons pas avoir plus de difficultés pour l'affirmer quand il

©BIUM

s'agit de divorce, c'est autre chose. Si on se trompe dans les cas sus-énoncés, ou dans des cas analogues, cela ne tire pas à conséquence définitive ou irréparable ; sans compter que, bien souvent, il y va de l'intérêt même de l'aliéné, et non de son préjudice. En l'affirmant en vue du divorce, nous agirions contre l'aliéné, et cela d'une manière absolument définitive et irrémédiable.

Quant à la grave question que vous jetez à la traverse, relative aux indications que nous donnons sur la responsabilité ou l'irresponsabilité d'un inculpé, est-elle la même? Non, à mon avis. Je vous dirai d'ailleurs là-dessus, qu'en ce qui me concerne, toutes les fois que, dans les expertises très nombreuses qui m'ont été confiées, je me suis trouvé en présence d'un cas d'où pouvait résulter une pénalité grave, je me suis toujours appliqué à ouvrir la porte grande aux circonstances atténuantes, doutant précisément de l'absolutisme de ma certitude. En est-il un seul d'entre nous qui ait jamais fait autrement?

Vous glissez très rapidement sur ce que j'ai dit touchant e réveil inattendu, soit au moment de la mort, soit par le fait de maladies incidentes, de facultés mentales qui paraissaient définitivement oblitérées. Vous avez même complètement omis de parler de ce dernier cas, alors que vous aviez minutieusement relevé des particularités beaucoup moins importantes. Est-ce parce que vous n'aviez rien à y objecter ou parce que vous traitez de haut cet argument, comme vous l'avez fait pour d'autres, et qu'il ne vous paraît pas valoir la peine de s'y arrêter? Est-ce encore parce qu'il vous gêne? Je ne sais ; je n'y reviendrai donc à cause de cela pas plus que vous ; je répète cependant que je le trouve de très grand poids au point de vue de la réserve qu'il nous commande dans un pronostic d'incurabilité. Je note en passant que

©BIUM

vous me faites dire ici une chose qui serait vraiment bien enfantine de ma part et qui aurait consisté à prendre comme exemple Don Quichotte, le héros de Cervantes, un personnage imaginaire. Veuillez me relire, et vous pourrez, je crois, reconnaître que ce que j'ai dit revient à ceci : le phénomène en question n'a point échappé même à des personnes étrangères à la médecine, puisque Cervantes en a tiré parti pour peindre son hurluberlu de héros, et le montrer, au moment de sa mort, reconnaissant les absurdités de sa vie. Si le romancier a utilisé cette constatation, c'est sans doute qu'il en avait entendu parler comme d'un fait notoire (1).

Nous voici maintenant au dernier point, celui qui concerne le délai de trois années que vous estimez devoir être imparti à la détermination de l'incurabilité. Fidèle à votre manière de procéder, vous contestez purement et simplement la valeur des faits que j'ai rapportés d'après Bravetta ; vous avez plus de déférence pour Petren, qui dit qu'ayant parcouru *toute* (c'est vous qui

(1) Si j'avais à me justifier davantage, non pas d'avoir pris Don Quichotte comme preuve, mais d'avoir dit que Cervantes avait ingénieusement appliqué à son héros la notion dont il s'agit, pourrais-je mieux faire que de m'appuyer sur la haute estime où vous-même tenez Cervantes ? N'avez-vous pas dit, en 1909, à la Société médico-psychologique (Voir *Annales médico-psychologiques* 1910, n° 1, page 88), que Cervantes *avait laissé d'admirables observations d'aliénés* ?

D'autre part, au risque d'aggraver mon cas à vos yeux, je m'aventure à dire que, dans une œuvre théâtrale récente jouée à la Porte-Saint-Martin, publiée dans le *Monde illustré*, les auteurs, MM. de Lorde et Alfred Binet, ont fait le tableau d'une infirmerie d'aliénés. Un de leurs personnages est une vieille démente qui va mourir. Depuis vingt ans, on la considérait comme tout à fait oblitérée ; tout semblait détruit en elle. Et cependant, en ce moment suprême, on représente que son intelligence se réveille et qu'elle parle tendrement d'un fils qu'elle voudrait revoir. MM. de Lorde et A. Binet, eux aussi, comme Cervantes, ont tiré parti de la notion que j'ai rappelée.

De tout cela, il faut tenir compte dans la mesure que j'ai dite ; pas au delà, mais il faut en tenir compte.

©BIUM

soulignez) la littérature médicale, il n'y a trouvé sur ce point que des cas rares et discutables. Je me garderai bien de faire la supposition que vous accordez confiance à l'un parce qu'il est Allemand, plutôt qu'à l'autre parce qu'il n'est qu'Italien. Je vous demande seulement de vouloir bien étudier en détail, et non pas en abrégé, comme j'ai dû les produire, les faits cités par Bravetta, et j'ose espérer qu'ils vous paraîtront, à vous aussi, bien probants.

Vous visez à en infirmer la valeur en disant qu'ils se rattachent à la folie périodique, et nous verrons tout à l'heure pourquoi vous mettez la folie périodique à part. Suivant moi, ils se rattachent plutôt à ce que, dans la bonne nomenclature française, on nommait mélancolie anxieuse, bien que Bravetta les qualifie cas de folie maniaque dépressive, une de ces inventions allemandes qui embrouillent notablement notre vocabulaire des maladies mentales, et qui semble à vos yeux impliquer la périodicité véritable. Or, précisément notre mélancolie anxieuse peut avoir parfois une très longue durée, avec des hauts et des bas qui ne sont nullement de la périodicité, sans annihiler définitivement les facultés intellectuelles, et en laissant la porte ouverte à des guérisons tardives.

Vous écrivez ici des paroles que je crains de ne pas bien comprendre ; vous dites que cinq de ces cas sont inutilisables parce qu'ils sont d'origine pellagreuse et qu'*il ne vient à personne l'idée de donner la pellagre comme cause de divorce!* Cela veut-il dire que la folie d'origine pellagreuse n'est pas une folie au même titre que n'importe quelle autre parce qu'elle est due à la pellagre ? Qu'est-ce que l'étiologie vient faire en pareil cas ? Est-ce à dire encore que, suivant son origine, la folie pourrait, à vos yeux, être ou n'être pas une cause de divorce, et que, comme dans le cas présent, même

©BIUM

alors qu'elle aurait duré plus de trois ans, elle ne pourrait être invoquée dans ce but parce qu'elle serait due à la pellagre? Cette affaire d'étiologie me paraît sous votre plume bien énigmatique et d'une subtilité qui m'échappe.

Dans le même paragraphe, vous écrivez : « *Les folies périodiques présentant des intervalles lucides sont les derniers des cas où il puisse être parlé de divorce.* » Vous avez bien soin, il est vrai, d'ajouter : « *sans l'exclure* ». Donc, selon vous, les folies périodiques, avec intervalles lucides, bien qu'incurables comme il arrive très souvent, ne seraient qu'exceptionnellement, à vos yeux, une cause de divorce ; je crois vraiment que nous avons, vous et moi, des manières bien différentes de concevoir l'aliénation mentale, car s'il arrivait que je devinsse partisan du divorce pour cause de folie, c'est peut-être au premier rang que je placerais pour cela les folies périodiques, surtout celles qui ont des intervalles lucides, ayant presque toujours vu que les malades qui en sont atteints sont, même dans ces intervalles lucides, les plus antisociaux, les plus insupportables, les plus malveillants, méchants, nuisibles, pervers des aliénés, ceux avec qui la conservation de la communauté mentale, de cette fameuse communauté mentale qui est le plus bel ornement de la loi allemande, est le plus difficile à maintenir.

De ces dernières remarques, suis-je en droit de supposer que, quoique enclin en principe à demander qu'on puisse divorcer pour cause d'aliénation mentale, vous auriez des restrictions pour des catégories assez nombreuses d'aliénés, notamment ceux qui ont de la folie périodique, ou dont la maladie a une étiologie spéciale comme la pellagre, bien que, soit dit en passant, il puisse être plus répugnant de cohabiter avec des pellagreux qu'avec de simples aliénés? Admettre des excep-

©BIUM

tions ou des restrictions en pareil cas, exceptions ou restrictions dont il ne serait pas toujours facile de déterminer le nombre et la légitimité, n'est-ce pas nier le principe même de la loi que vous désirez? Une loi qui n'est pas nette, qui comporte en plus ou moins grand nombre des exceptions dont la détermination est plus ou moins subtile, n'est pas une bonne loi, et je me plais à supposer que vous ne voudriez pas d'une loi qui ne fût pas bonne et claire et juste. Alors, à la faveur de vos réserves, je vais m'aventurer à vous ranger, malgré vous, au nombre de ceux qui ne peuvent pas admettre que les maladies mentales soient une cause de divorce.

Je crois, honoré confrère, que je n'ai omis aucune de vos critiques et que j'ai répondu à toutes, non pas en affirmant purement et simplement qu'elles sont sans valeur, mais en indiquant, avec une netteté suffisante malgré leur brièveté, les raisons que j'ai de considérer qu'elles n'infirment pas la valeur de mes arguments. Je laisse maintenant à ceux qui auront bien voulu lire votre article et les miens de décider entre nous. Quant à avoir modifié le moins du monde vos idées, je ne puis guère y avoir de prétention, sachant, comme vous nous l'avez dit, que vous considérez comme erronées, quoique honorables, les affirmations d'autrui contraires aux vôtres et que vous ferez tous vos efforts pour faire aboutir une loi de divorce des aliénés.

Y parviendrez-vous? Ça n'est pas impossible; cela ne voudra pas dire que la loi sera bonne. Ne s'est-il pas trouvé des législateurs pour voter, en 1907, sur le régime des aliénés, un projet de loi que vous-même blâmez, et qui, de l'aveu de presque tout le monde, est ce qu'il y a de plus déplorable en son genre? N'a-t-on pas de même voté mainte autre loi, également déplorable, ou mal faite, ou parfois même inapplicable.

©BIUM

Quant à moi, et cette fois pour ne pas encourir de vous le reproche de trop généraliser, je vais parler en mon nom seul : Je reconnais sans difficulté qu'il y a des cas où, en présence d'un aliéné, reste un conjoint dont le sort est quelquefois, non toujours, non le plus souvent, digne de pitié ; je reconnais de même qu'il pourrait y avoir peut-être (je n'en suis pas sûr) des précautions à prendre pour empêcher de se consommer des mariages destinés, suivant des suppositions plausibles, à avoir des conséquences désastreuses. Mais en dehors de cela, je reste adversaire convaincu de la loi dont vous déclarez vous faire le champion ; je le reste au nom de ce que j'appelle la morale sociale, pour les raisons d'ordre médical que j'ai dites, et pour d'autres ; je le reste, au nom de nos connaissances en médecine mentale qui, dans un très grand nombre de cas, étant insuffisantes pour nous permettre de nous prononcer sur l'incurabilité et sur l'époque à partir de laquelle elle est définitive, d'après des signes absolus et certains, et ne nous laissant entrevoir que des probabilités, nous commandent la plus grande prudence et la plus grande réserve. C'est le cas où jamais de se conformer à la maxime du Sage : « Dans le doute, abstiens-toi ».

©BIUM

Établissements d'aliénés

LE

QUARTIER DE SURETÉ DE VILLEJUIF

(ALIÉNÉS CRIMINELS, VICIEUX, DIFFICILES, HABITUÉS DES ASILES)

Par le Dr H. COLIN
Médecin en chef des asiles de la Seine.

Suite (1).

3° *Aliénés criminels.*

La troisième section, en 1910, a reçu onze aliénés criminels.

Les trois cas suivants, dont nous publions les graphiques, donneront une idée suffisante des malades de ce genre hospitalisés dans mon service (2).

Obs. V. — G..., vingt-neuf ans (fig. 3).
Délire de persécution, tentative d'homicide volontaire.
Entré à la troisième section le 15 avril 1910, venant de Bicêtre.

Obs. VI. — J... (fig. 4), né le 5 mars 1878, à Rouen.
Délire de persécution, instabilité, homicide.
Entré à la troisième section le 23 mai 1910.

(1) Voir les *Annales* d'octobre-novembre 1912.
(2) Les observations complètes de ces maladies ont été publiées dans le *Bulletin de la Société clinique de médecine mentale* (numéro de novembre 1910).

©BIUM

Obs. VII. — Julien Lem... (fig. 5), né le 29 mai 1882 à Paris.

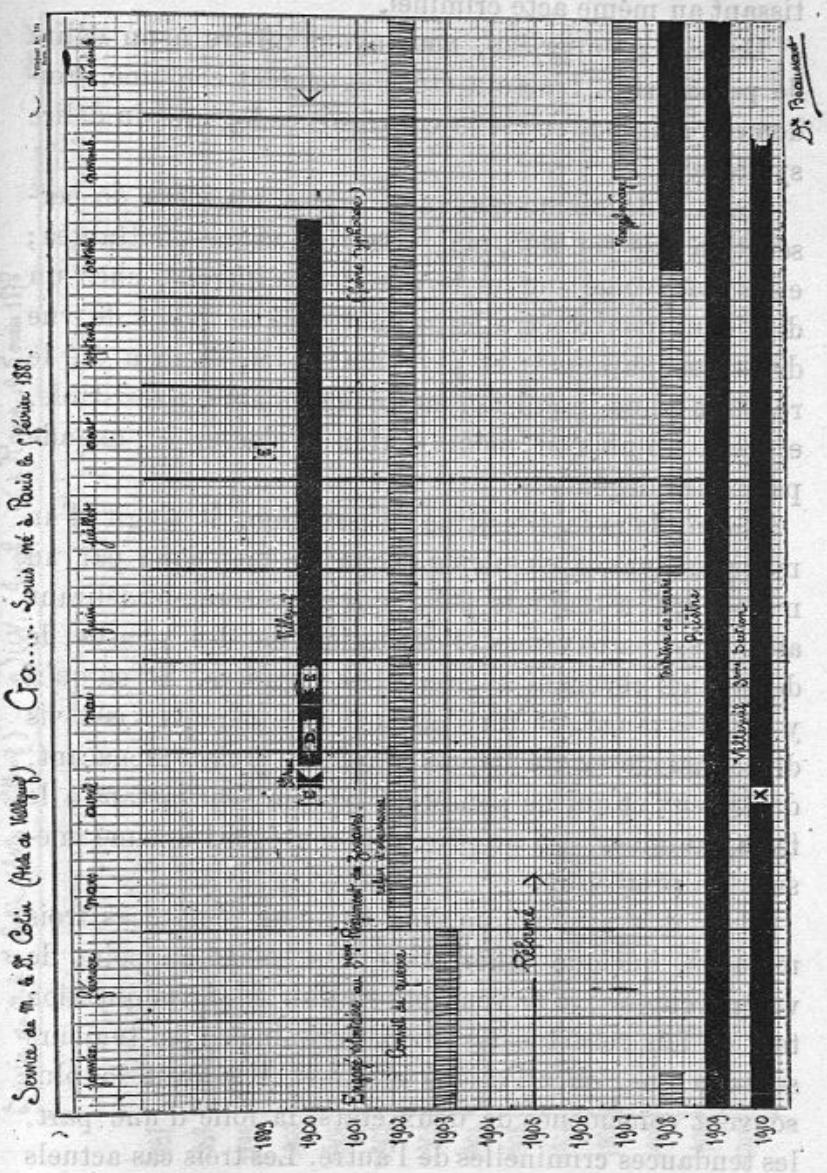


Fig. 3.

Folie intermittente; réactions violentes, parricide.
Entré à la troisième section le 23 mai 1910.

Au point de vue médico-légal, ces malades sont inté-

©BIUM

ressants, car ils montrent la variété très grande qu'on peut observer dans les modalités intellectuelles aboutissant au même acte criminel.

Dans le premier cas, nous avons affaire à un délire de persécution. L'acte a été longuement combiné, froidement raisonné, c'est la conséquence logique du délire systématisé.

Dans le deuxième cas, au contraire, les idées de persécution existent bien, mais elles sont vagues, flottantes ; elles ont évolué sur un terrain tout différent, chez un débile, un pauvre être largement doté au point de vue des tares physiques et psychiques. Ici, l'acte a été le résultat d'une impulsion morbide soudaine, irrésistible, et cette impulsion même suffit à classer le malade parmi les dégénérés.

Enfin, dans la troisième observation, il s'agit d'un meurtre commis en pleine excitation maniaque par un malade qui a toujours été et qui est encore subdélirant avec des paroxysmes d'excitation ou des phases de dépression revenant à intervalles réguliers. Et ce qu'il y eut d'étrange, ce fut l'attitude des parents vis-à-vis de ce malade excité depuis plusieurs jours, menaçant, dangereux et qui ne pensèrent pas un seul instant à le faire examiner, qui ne prirent à son égard aucune mesure de protection.

Mais il y a plus ; un lien commun réunit ces trois malades, quelque différents qu'ils soient au point de vue psychique ; je ne veux pas revenir ici sur la question tant de fois rebattue des aliénés criminels : j'ai toujours soutenu que, chez l'aliéné criminel, il y avait le plus souvent coïncidence de deux états, la folie d'une part, les tendances criminelles de l'autre. Les trois cas actuels apportent une démonstration frappante de cette théorie. Si l'on jette les yeux sur les tableaux synthétiques, on est frappé de retrouver chez nos trois malades les mêmes

©BIUM

caractères d'impulsivité, de violence qui les portent à se livrer aux actes répréhensibles, aux attaques contre

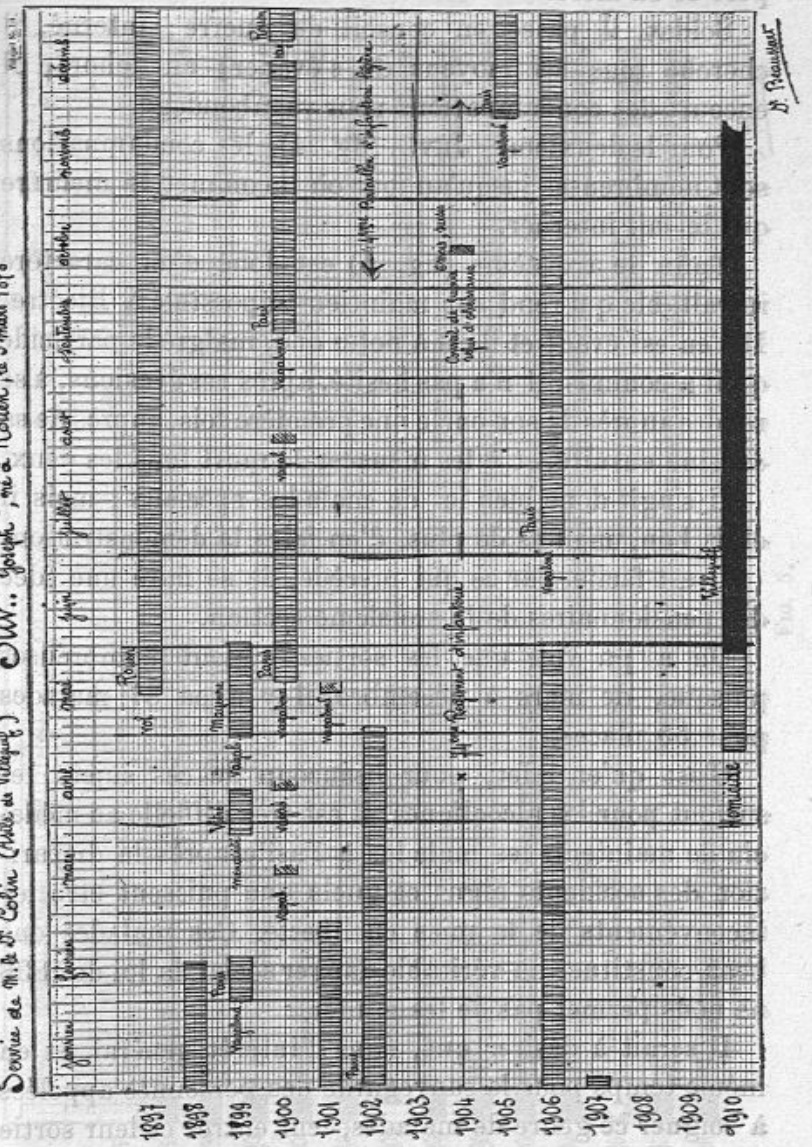


FIG. 4.

les personnes et qui leur attirent en même temps, partout où ils passent, les sévérités judiciaires ou administratives.

©BIUM

Le premier, G... (fig. 3), est un violent qui, dès sa prime jeunesse, parle de tuer et menace de mort son père et sa mère.

Soldat, il passe en conseil de guerre ; interné, il cherche tous les moyens de s'évader ; au dehors, il encourt des condamnations pour vagabondage.

Pour le deuxième, Juv... (fig. 4), les condamnations sont nombreuses jusqu'au jour où il commet le meurtre qui le fait interner.

Enfin le troisième (fig. 5) est doué d'un caractère intraitable qui rend son maintien impossible à Bicêtre. Il s'en est évadé et il est à noter que, malgré le parricide qu'il a commis, il n'a pas hésité, après ses évasions, à se rendre auprès de son oncle une première fois, auprès de sa cousine ensuite, et à les menacer de mort tous les deux.

Il s'agit donc bien ici de malades spéciaux ; mais il était bon, une fois de plus, d'en faire la démonstration.

Il est facile, par ce qui précède, de se faire une idée des pensionnaires de la troisième section.

On a pu voir que les sorties étaient nombreuses puisque, de mars à décembre, il y a eu 87 malades pour 55 places.

C'est qu'en effet, pour beaucoup de ces sujets, et surtout pour les alcooliques, il est très difficile au médecin de maintenir les malades à l'asile après la disparition des accidents aigus et quels que puissent être les inconvénients de la mise en liberté. Ces malades ont beau constituer un véritable danger social, la loi de 1838 ne nous permet pas de les garder.

Il serait à désirer que, dans l'intérêt général, et en même temps pour la sauvegarde des personnes appelées à soigner ce genre de malades, leur entrée et leur sortie fussent réglées par la loi, et nous sommes tout à fait de l'avis de M. le professeur Garçon, lorsqu'il dit à propos de ces anormaux :

CBIUM

En résumé, je pense qu'il existe des individus « en état dangereux » contre lesquels la société a le devoir

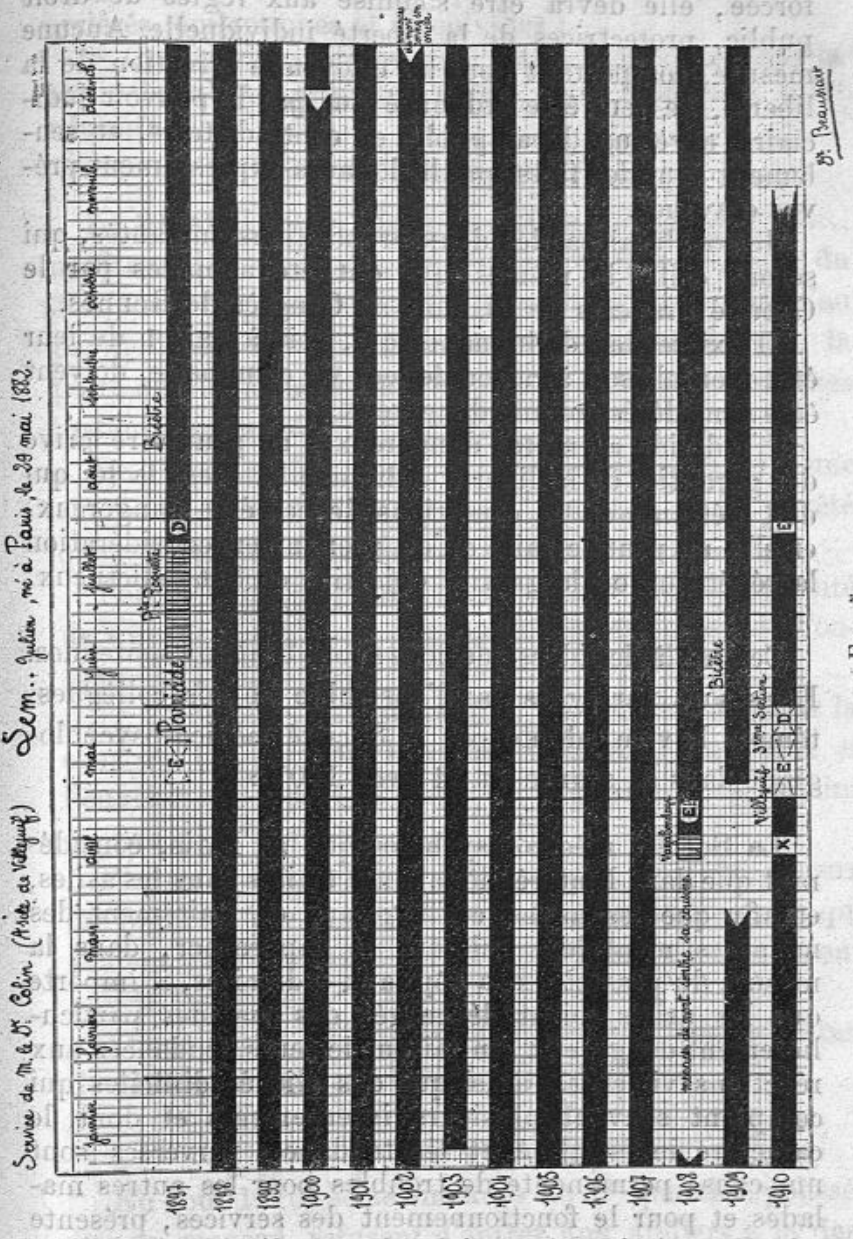


Fig. 5.

de prendre les mesures de défense les plus énergiques. Ces mesures peuvent et doivent varier dans leur nature et dans leur régime et on peut prévoir qu'elles auront,

©BIUM

dans l'avenir, un caractère moins pénitentiaire que d'assistance. Mais dès que cette assistance deviendra ainsi forcée, elle devra être soumise aux règles de droit public, protectrices de la liberté individuelle. Aucune mesure, comportant pour un citoyen la privation de la liberté, ne peut être ordonnée que par le pouvoir judiciaire, après un débat public et contradictoire, et seulement pour des faits que la loi aura expressément prévus d'avance.

Je conclurai par les deux propositions suivantes, qui seront celles-là mêmes qui ont été adoptées par le Groupe Français de l'Union, au Congrès de Rennes.

Il existe des délinquants qui, soit à raison de leur état mental, soit à raison de leur vie criminelle, doivent être considérés comme dangereux.

L'individu « en état dangereux » ne peut être privé des garanties de la liberté individuelle. C'est la loi qui doit déterminer les conditions de cet état dangereux, et elle ne peut le faire qu'en prenant en considération la répétition ou la gravité objective du fait délictueux.

Ce sont là des idées que nous avons toujours soutenues. Elles sont partagées par l'ensemble de nos collègues, témoin le vœu adopté par la Société médico-psychologique dans sa séance du 24 avril 1907 :

La Société médico-psychologique de Paris, considérant que dans l'intérêt des aliénés traités dans les asiles, et afin que les asiles, ces hôpitaux de traitement des maladies mentales, puissent se rapprocher, dans la mesure du possible, des hôpitaux ordinaires, il importe que les asiles soient déchargés des malades particulièrement dangereux, en raison de leurs tendances aux réactions violentes, ainsi que des aliénés difficiles qui comptent souvent plusieurs internements et dont le caractère indiscipliné et les tendances perverses sont une cause permanente de troubles pour les autres malades et pour le fonctionnement des services, présente à la Commission sénatoriale chargée d'étudier le projet du Dr Dubief, sur la loi des aliénés, le vœu que les modifications suivantes soient introduites dans le projet :

©BIUM

1° Que dans l'article 11 du projet de loi il soit prévu des quartiers spéciaux destinés aux aliénés difficiles en même temps que des asiles spéciaux au traitement des arriérés, épileptiques et alcooliques ;

2° Que les dispositions de l'article 40 concernant la sortie des aliénés criminels soient applicables aux aliénés difficiles.

4° *Évasions.*

Le 21 avril 1910, dans la soirée, le malade B..., profitant de l'obscurité, réussit à franchir la grille du 3e quartier, puis, suivant le saut-de-loup jusqu'au pavillon du surveillant, il escalade à cet endroit la porte qui donne accès au dehors. Il est arrêté quelques instants après par le personnel.

Le 27 juillet, le malade D... escaladait à l'aide d'une chaise la grille de la cour du 2e quartier. Il fut arrêté quelques mètres plus loin.

Peu de temps auparavant, ce malade avait déjà tenté de s'évader en allant avec un infirmier porter de l'ouvrage à la cordonnerie de l'asile.

Le 23 octobre, le malade M..., se promenant dans la cour du 1er quartier, bouscule l'infirmier de garde et l'ouvrier qui répare la porte de la grille ; il est rejoint un peu plus loin.

Plusieurs complots ont été fomentés ; le plus sérieux fut organisé par les malades S..., R... et de L..., qui avaient fabriqué avec du fil de fer des crochets pour ouvrir les portes.

Le malade C... a essayé plusieurs fois, sans résultat, de dévisser les serrures ou de les crocheter.

5° *Actes d'indiscipline.*

En août 1910, seize malades du 2e quartier, poussés par un meneur, refusent d'entrer aux ateliers à la descente du dortoir et se réunissent dans la cour ; l'isolement du promoteur au 1er quartier fait cesser la résistance.

©BIUM

Des actes de violence sans gravité ont été commis isolément sur le personnel ou sur d'autres malades ; des menaces ont été également proférées ; un isolement d'une journée ou deux a suffi pour apaiser l'excitation.

Le 19 août, au moment où les malades sortent des ateliers, le gardien s'aperçoit qu'un poinçon manque ; il est retrouvé aussitôt sur un malade qui avait mission de le faire parvenir au malade Ph... pour en frapper M. le Dr Pactet.

La détérioration du matériel s'est bornée à une lacération des objets de literie par le malade Z..., à une rupture d'un crochet de maintien des sommiers par le malade Ph..., au bris du tenon de la serrure d'une porte d'atelier par le malade R...

6° *Malades traités au pavillon de chirurgie.*

Z..., du 24 novembre au 3 décembre 1910. Curettage d'une plaie au mollet (coup de revolver).

Il n'y a pas eu de malades soignés pour affections médicales aiguës sérieuses.

De nombreux cas de syphilis à toutes les périodes ont été traités.

(*A suivre.*)

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1912

Présidence de M. KLIPPEL, président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Conso, Delmas, Perpère, Rayneau, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le Ministre de l'Instruction publique relative au LI[e] Congrès des Sociétés savantes qui se tiendra à Grenoble le 13 mai 1913 ;

2° Une lettre de M. Semelaigne qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Une lettre de M. Ducosté, médecin adjoint de l'asile de Ville-Evrard, qui demande à faire partie de la Société en qualité de membre correspondant. — Commission : MM. Colin, Truelle et Sérieux, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° Les discours prononcés par M. Steeg, ministre de l'Intérieur, et Lacroix, membre de l'Institut, au dernier Congrès des Sociétés savantes ;

2° Le programme des travaux du LI[e] Congrès des Sociétés savantes.

Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire.

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs, je déclare au nom du Bureau la vacance d'une place de membre titulaire dans notre Société. Les candidats sont priés d'envoyer

©BIUM

la liste de leurs titres et travaux scientifiques à notre Secrétaire général. La Commission, chargée de faire les présentations, sera nommée à notre prochaine séance.

Rapports de candidature.

M. Capgras. — Vous avez chargé une Commission composée de MM. Klippel, Ritti et Capgras de vous présenter un rapport sur la candidature de M. Ossip-Lourié, qui désire devenir membre correspondant de la Société.

Collaborateur à la *Revue philosophique*, à la *Revue de philosophie et de psychologie de Moscou*, et à plusieurs autres périodiques scientifiques, professeur honoraire de l'Université nouvelle de Bruxelles, lauréat de l'Institut de France, chevalier de la Légion d'honneur, M. Ossip-Lourié a publié nombre d'articles intéressants et quelques ouvrages remarquables qui ont été traduits en plusieurs langues étrangères.

D'origine russe, il a analysé avec pénétration, dans un volume de la Bibliothèque de philosophie contemporaine, *la psychologie des romanciers russes au* XIX^e^ *siècle* ; cette belle étude, dit Grasset, met en lumière le caractère morbide du roman russe et montre que « la plupart des romanciers russes rentrent dans le cadre des demi-fous de génie ». Ce roman, conclut l'auteur, est, dans son ensemble, le tableau fidèle de la Russie au siècle dernier, le défaut de volonté qui caractérise les héros de la fiction, se retrouvant au même degré dans la société russe contemporaine.

Dans un autre volume, très documenté, M. Ossip-Lourié analyse *la philosophie russe contemporaine*. La seconde partie de ce livre est consacrée à la psychologie expérimentale, physiologique, criminelle, anthropologique.

Citons encore un volume sur *La Philosophie sociale dans le théâtre d'Ibsen*, un autre sur *La Philosophie de Tolstoï*, une étude psychologique intitulée *Le Bonheur et l'Intelligence*, une seconde qui a pour titre *Croyance religieuse et croyance intellectuelle*, et arrivons à l'œuvre la plus récente consacrée à la description d'une anomalie du langage que M. Ossip-Lourié nomme *La Verbo-*

©BIUM

manie. « Il s'agit, écrit-il, d'une affection dont le caractère principal est un entraînement irrésistible à parler et à discourir, une tendance pathologique à jongler avec des paroles du sens desquelles on ne se rend pas exactement compte. » Eliminant les aliénés proprement dits, laissant de côté la logorrhée du maniaque, la verbigération du dément précoce, il considère néanmoins la verbomanie comme un stigmate de déséquilibration mentale : l'abandon des mots s'associe en effet chez ces individus à la fausseté des idées et à la faiblesse de la volonté. Cette anomalie prend de nos jours un développement considérable. Toute notre vie familiale et sociale est devenue, d'après l'auteur, une immense usine où petits et grands apprennent à voiler ou à farder, par la parole abondante, leurs pensées ou l'absence de leurs pensées. La verbomanie, maladie psycho-sociale, naît et se développe grâce à une mauvaise hygiène familiale, pédagogique et morale. A titre prophylactique, il faut supprimer cette phraséologie vide de sens qui trop souvent règne en maîtresse sur l'éducation de l'enfant, aussi bien dans l'école que dans la famille. Dans différents chapitres de son ouvrage, l'auteur analyse avec finesse la verbomanie chez la femme et chez divers peuples de l'Europe. Il termine par des considérations thérapeutiques où il conseille pour les verbomanes l'isolement temporaire et une cure de silence. Ce résumé trop succinct vous montre tout l'intérêt qui s'attache aux travaux de M. Ossip-Lourié ; votre Commission vous propose de le nommer membre correspondant de la Société.

M. Ossip-Lourié est élu membre correspondant de la Société à l'unanimité des votants.

M. Henri Colin. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Briand, Vigouroux, Colin, rapporteur, à l'effet d'examiner la candidature de M. le Dr Beaussart, qui sollicite le titre de membre correspondant de notre Société.

Ancien externe des hôpitaux de Paris (1904), ancien interne des asiles de la Seine (1909), le Dr Beaussart a été nommé cette année médecin adjoint des asiles publics d'aliénés, et il vient d'être attaché en cette qualité à l'asile de La Charité.

©BIUM

Le Dr Beaussart est membre correspondant de la Société clinique de médecine mentale.

Il a publié un certain nombre de travaux dont voici l'énumération :

Le séro-diagnostic de la syphilis (réaction de Wassermann) ; son application à la neurologie et à la psychiatrie.

Dans cette étude, qui a fait l'objet de sa *Thèse de doctorat* (Paris, 1909), et d'un rapport au *Congrès de l'assistance des aliénés* tenu à Berlin en octobre 1910 (collaboration du Dr Marie), le Dr Beaussart rapporte les résultats des expériences personnelles qu'il a entreprises dans le laboratoire du Dr Levaditi, à l'Institut Pasteur. C'est de ces recherches, poursuivies depuis, qu'il a tiré les données générales concernant la valeur clinique et médico-légale de la réaction de Wassermann, exposées dernièrement par lui à la *Société médico-psychologique* (24 juin 1912).

Parmi les autres travaux de laboratoire appliqués à la clinique psychiatrique, il me faut citer des études sur le liquide céphalo-rachidien ; dans diverses publications (*Progrès médical*, septembre 1910 ; *La Clinique*, février et mars 1910, janvier 1911), le Dr Beaussart relate la valeur des réactions précipitantes de Porgès et de Noguchi, des réactions cytologique et albumineuse, au cours des méningites syphilitiques, de la paralysie générale, des méningites saturnines.

Suivant le principe de la réaction de Wassermann, M. Beaussart a appliqué à l'étude étiologique des états psychopathiques, le séro-diagnostic de la tuberculose basé sur la déviation du complément et a mis en parallèle les résultats fournis par cette méthode avec ceux que donnent la réaction de précipitation, l'oculo et la cuti-réaction (*Revue de Psychiatrie*, mai 1910, collaboration du Dr Marie).

L'ensemble des recherches précédentes a été condensé par M. Beaussart dans un mémoire qui a obtenu le *Prix Civrieux* en 1910. « Des signes fournis au diagnostic des maladies mentales par l'examen du liquide céphalo-rachidien », telle était la question posée par l'*Académie de Médecine*.

En juin 1911, je rappelle qu'à la *Société médico-*

©BIUM

psychologique M. Beaussart a obtenu, *ex æquo* avec M. R. Dupouy, le *Prix Esquirol* pour un mémoire intitulé : « Le saturnisme dans les maladies mentales ».

Dans le *Journal de Neurologie* de Bruxelles il a publié, en 1911, un article d'ensemble sur les « Tabétiques et paralytiques généraux conjugaux et familiaux », et, en février 1910, dans les *Archives de Neurologie*, une série d'observations de presbyophréniques.

A la *Société clinique de Médecine mentale*, le Dr Beaussart a présenté, à plusieurs reprises, des malades de la section spéciale de l'asile de Villejuif.

L'intérêt de ces divers cas résidait, soit dans la difficulté du diagnostic à porter, soit dans les particularités cliniques présentées par les malades, soit enfin et surtout dans les considérations médico-légales qui avaient légitimé l'internement ou qui avaient marqué le passé des sujets.

A la séance d'avril 1910 (en collaboration avec votre rapporteur), il s'agit d'un alcoolique chronique syphilitique qui, à l'occasion d'un accès subaigu, commet un homicide avec inconscience et amnésie complète de ce crime ; durant sa détention préventive, il est atteint de paraplégie spasmodique par myélite transverse ; interné après non-lieu.

En janvier 1911, c'est le cas d'un alcoolique chronique, récidiviste de la prison et de l'asile, exemple trop fréquent de ces déséquilibrés que certains médecins considèrent comme des délinquants et qui ne sont en réalité que des malades dont l'état réclame, il est vrai, une assistance spéciale comme celle qui leur est donnée à la 3e section de Villejuif.

En mai 1911, c'est le cas d'un interprétant filial, avec délire de persécution, délire mégalomaniaque et prédominance de perversions instinctives avec réactions dangereuses.

En juillet 1911, il s'agit d'un de ces sujets plus ou moins débiles, à moralité émoussée, condamnés à plusieurs reprises, internés dans les intervalles pour troubles mentaux passagers et polymorphes, sujets qui ressemblent par certains côtés aux déséquilibrés du cas précédent et qui, lorsqu'ils ont passé par l'armée ou les mai-

©BIUM

sons de correction, sont souvent notés, en raison de leurs bizarreries, comme des simulateurs ; il s'agit, en réalité, de déments précoces.

En novembre 1911, M. Beaussart nous présente un parasite des prisons avec délire chronique de persécution et floraison d'hallucinations auditives et psychomotrices ; la curiosité de ce cas réside dans l'existence de pseudo-hallucinations visuelles et de pseudo-phénomènes autoscopiques.

En mars 1912, nous voyons un dégénéré sujet à des impulsions dangereuses : les unes sont des manifestations épisodiques de la dégénérescence ; les autres, particulièrement violentes (tentatives de viol, tentative de meurtre), peuvent, en raison de l'inconscience et de l'amnésie dont elles s'accompagnent, être considérées comme des manifestations larvées du mal comitial, bien que les commémoratifs ne signalent qu'un accès convulsif ancien ; le problème de la nature des impulsions se complique de la notion d'alcoolisme.

En mai 1912, c'est enfin le cas d'un débile, ancien disciplinaire, qui, à l'occasion de périodes d'excitation, accuse d'une façon stéréotypée un délire de persécution basé sur des préoccupations génitales, des fausses reconnaissances, du symbolisme ; il réagit soit par des auto-accusations, soit par des hétéro-accusations, à l'aide d'écrits publics.

Dans le même domaine nosologique, nous devons à M. Beaussart l'observation d'un dégénéré avec obsessions et idées de persécution et mélancoliques intermittentes, qui, à la faveur de vertiges épileptiques, commet soit des actes violents dont il est inconscient et amnésique, soit des tentatives de suicide (*Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale*, janvier 1912).

Si pour quelques-uns de ces malades l'opportunité du maintien à l'asile ne se discute pas, en raison de leurs troubles délirants et hallucinatoires, il n'en est plus de même pour les autres, criminels ou délinquants, chez qui les troubles mentaux sont passagers avec intervalles lucides prolongés, ou chez qui les manifestations psychiques, ayant entraîné l'internement, ont disparu dans les jours qui ont suivi l'arrivée à l'asile ; pour eux se pose la pressante question des asiles de sûreté et l'in-

©BIUM

tervention des pouvoirs judiciaires dans le placement.

Je terminerai en vous signalant la communication faite par le Dr Beaussart à notre *Société* sur le « Service militaire des dégénérés et débiles moraux » (24 avril 1911), et celle qu'il vient de faire à la *Société clinique de Médecine mentale* sur « le cocaïnisme collectif et son développement dans certains quartiers de Paris, à Montmartre en particulier ».

M. Beaussart a signalé la fréquence des perforations de la cloison nasale chez les malades qui prennent la cocaïne par le nez, et il semble bien qu'il s'agisse là d'un trouble trophique d'origine vaso-motrice et non d'une action mécanique simple ; car ces perforations se produisent, non seulement chez les malades qui prisent le toxique, mais encore chez ceux qui l'absorbent en s'introduisant dans les narines des tampons d'ouate imbibés d'une solution de cocaïne.

Je n'insiste pas sur les autres titres de M. Beaussart. Il est resté dans mon service pendant près de trois années. C'est vous dire en quelle haute estime je le tiens.

Je suis certain du reste, en vous demandant de lui accorder vos suffrages, de répondre à votre désir car, à l'occasion des communications qu'il a faites à notre Société, vous avez été à même d'apprécier sa valeur scientifique.

M. Beaussart est élu membre correspondant, à l'unanimité des votants.

M. Semelaigne. — Messieurs, vous avez chargé une Commission, composée de MM. Arnaud, Pactet et Semelaigne, de vous présenter un rapport sur les titres et travaux scientifiques du Dr Porot.

Ancien interne des hôpitaux de Lyon, ex-chef de clinique de la Faculté, il s'est, dès le début de sa carrière, spécialement intéressé à la neurologie ; aussi, lorsqu'il vint s'établir à Tunis pour y exercer la médecine générale, il ne négligea point ses études favorites. La situation pénible des aliénés en Tunisie dirigea tout naturellement son esprit vers les études psychiatriques. Les indigènes de Tunis trouvaient refuge à l'hôpital Sadiki, mais leur présence gênait le chirurgien en chef. A plusieurs reprises, il demanda qu'on l'en débarrassât, et

©BIUM

comme l'administration ne répondait pas, il les fit mettre dehors. « Depuis cette époque, déclare-t-il, je n'en ai plus entendu parler. »

L'hôpital Sadiki pouvait abriter une cinquantaine d'aliénés ; la nouvelle Tekia, seul établissement capable aujourd'hui de les recevoir, n'en hospitalise qu'une vingtaine.

Le Dr Porot réclame la construction d'une maison mixte et internationale, construite aux environs de Tunis, par petits pavillons, avec une exploitation agricole qui utiliserait les malades susceptibles de travailler. Sur sa demande, a déjà été construit, à l'hôpital civil français, un pavillon de vingt-cinq lits, destiné aux aliénés français, et permettant de parer aux premiers soins ; ce pavillon, ouvert le 10 août 1911, a été solennellement inauguré l'année suivante, au cours de la session du XXIIe Congrès des médecins aliénistes de France et des pays de langue française. Pour ceux qui ont assisté au Congrès, inutile de faire l'éloge du secrétaire général, sympathique entre tous, qui a su donner à cette réunion un éclat tout particulier, et maintenir, dans un milieu cosmopolite, le bon renom de la psychiatrie française.

La place du Dr Porot est marquée parmi nous, et je suis heureux de vous prier, au nom de votre Commission, de lui accorder le titre de membre correspondant.

M. Porot est élu membre correspondant à l'unanimité des votants.

Un acte de vandalisme au Louvre. État mental de son auteur,

par M. J. Bonnet.

Rapport médico-légal. — Je soussigné, Bonnet (Joseph), licencié en droit, médecin en chef à l'asile de Maison-Blanche à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise), commis le 25 juillet 1912 par ordonnance de M. Genty, juge d'instruction, à l'effet d'examiner l'état mental de la nommée Delarue Frolleine, inculpée de dégradation d'objet destiné à la décoration publique, ai rédigé le rapport suivant après avoir interrogé plusieurs fois

©BIUM

la prévenue à Saint-Lazare et après avoir pris connaissance du dossier.

La prévenue est inculpée de dégradation d'un objet destiné à la décoration publique. Un journal, le *Petit Parisien*, relatait ainsi qu'il suit, le 22 juillet 1912, les faits qui lui sont reprochés :

Une femme macule un tableau de Boucher. Elle trouvait que « les femmes de l'illustre peintre manquent de rouge ». On l'envoie au dépôt.

« De nombreux visiteurs étaient venus, hier matin, au musée du Louvre. Midi venait de sonner et, peu à peu, la foule s'écoulait.

« Dans la salle Lacaze, il restait encore une dizaine de personnes, quand le gardien de la paix Roubier, de service en cet endroit, vit, d'assez loin, une jeune femme s'approcher d'un des tableaux et passer sa main sur la toile. Le geste avait échappé à la plupart des visiteurs.

« L'agent s'approcha rapidement et constata que l'œuvre était un portrait de jeune femme dont l'inconnue venait d'enduire le visage d'une substance rouge; l'étrange visiteuse tenait encore un petit flacon rempli de carmin ; il l'amena devant le brigadier des gardes.

« L'œuvre que la personne arrêtée venait ainsi de maculer était un tableau de François Boucher, intitulé : « Portrait de jeune femme. »

« La toile fut aussitôt enlevée. Disons tout de suite que la tentative de détérioration dont elle a été l'objet n'aura aucune conséquence fâcheuse et qu'il n'y paraîtra rien, car, à l'aide d'un linge humide, on a pu faire disparaître les taches rouges que la main de l'étrange visiteuse avait laissées sur le front, les yeux et le nez du sujet ».

Examen mental. — La nommée Delarue, dont le véritable nom reste énigmatique, paraît indifférente, insensible, et cependant il est facile de deviner que sous son masque voulu d'impassibilité, tous les sentiments sont exaltés et que chez elle la sensibilité et l'émotivité sont profondes.

Son allure est morne, immobile ; son regard perdu dans le lointain ou dans la tristesse. Elle apporte une extrême réserve dans ses réponses et ne veut pas se laisser pénétrer. Elle est extrêmement réticente, dissimulée et se montre à peu près insensible à la persuasion comme à tout autre argument.

« Je ne peux pas parler, c'est un secret, cherchez », sont ses réponses quand elle est poussée à bout. N'ayant aucun renseignement sur son passé et comme elle gardait la plupart du temps une grande puissance sur elle-même, il m'était fort difficile d'analyser le processus complexe de sa pensée et de mettre en lumière la cause insoupçonnée de son acte. Hier encore

©BIUM

elle écrivait à M. Gentil, juge d'instruction : « Une volonté au-dessus de moi m'oppose de parler, il y a la crainte de mal faire. »

Mais en insistant et en complétant ses réponses par un carnet de notes laissé chez sa logeuse, j'ai pu me rendre un compte exact de son état mental. Si elle garde une attitude de résistance passive, de réticences voulues, c'est un peu le fait de causes complexes : entêtement, vanité, obstination, craintes superstitieuses, abattement, tristesse. C'est ensuite que le sujet de ses idées fixes est de nature délicate et qu'elle est tout à fait honteuse d'avoir a en parler. Elle est en somme médiocrement intelligente et par conséquent plus apte qu'une autre à fabriquer des idées délirantes.

A la fin de ma première entrevue, je ne savais qu'une chose : c'est qu'elle n'avait pas voulu détériorer le portrait de façon quelconque : elle avait eu l'intention formelle à l'aide du bouchon de son encrier de lui refaire des yeux, un nez, une bouche, bref, de lui faire un masque.

C'était un premier point acquis et je remarquai que ce fait devait avoir une importance prépondérante. J'observai encore que la couleur rouge dont elle s'était servie devait être intentionnelle. J'insistai, recherchant la raison d'être de cette couleur symbolique. L'idée de sang fut d'abord cause d'une fausse route. Enfin, lassée de mes questions, l'inculpée finit par me dire : « C'est la couleur de la honte. J'ai cette couleur, on peut me la donner. »

Je tenais donc en partie la clef de l'énigme. Cette idée de masque rouge m'apparaissait comme une idée fixe qui avait dû prendre dans son esprit une intensité progressivement croissante. En effet, ce simple détail devait m'éclairer et me permettre de trouver, malgré son demi-mutisme, la cause insoupçonnée de son acte.

Antécédents. — On ne possède aucun renseignement sur son passé et la prévenue se refuse à tout éclaircissement sur sa famille. « Mon père me brutalisait », est le seul renseignement qu'elle veuille bien me donner. Il est fort probable, vu son caractère fantasque, romanesque et son émotivité, que c'est une héréditaire, prédisposée aux troubles mentaux, et qu'elle a eu des accidents nerveux dans son adolescence. Elle les nie cependant. Elle ne présente ni troubles de la sensibilité, ni stigmates de dégénérescence. Actuellement, sa santé physique est médiocre, elle est un peu chlorotique ; son état pulmonaire est suspect et ce sont peut-être là les causes déterminantes de son trouble mental. Elle a probablement toujours eu une existence déséquilibrée et aventureuse.

Une page de ses mémoires le laisserait supposer. « Tout le

©BIUM

monde, écrit-elle, croyait que j'étais folle : nous partîmes habiter avec ma mère les Vieux Greniers, etc. »

Un amour malheureux, des préoccupations érotiques, un amour-propre froissé, des incidents auxquels elle prêta une importance considérable, des dispositions religieuses un peu exagérées, des pratiques assidues et une fréquentation de prêtres, un naturel scrupuleux, sentimental, érotique paraissent l'avoir poussée sur la pente où elle glissait. Les idées mystiques et les idées érotiques se trouvent d'ailleurs fréquemment associées. « Le rapport est tel, a dit le professeur Ball, entre la folie religieuse et l'excitation sexuelle qu'on pourrait croire que ce sont les mêmes cellules qui président aux mêmes phénomènes ».

La prévenue paraît avoir toujours été une grande rêveuse et il y a chez elle un fonds d'érotisme certain. Ses notes manuscrites démontrent qu'elle a été une grande amoureuse de prêtres et que quelques-uns ont dû avoir à souffrir de sa persécution amoureuse.

Je lis dans son carnet : « J'avais dix-sept ans, j'aimais abbé X... J'aurais voulu qu'il m'aime, je m'aperçus qu'il me recherchait, je voulus l'éviter ; *dans une nuit* je le désirais, je trouvais le rouge me monter au visage (*sic*)... »

Elle conte aussi qu'elle suivait une retraite seulement pour voir un prêtre (un autre) parce qu'il lui plaisait.

Elle devait dans ses relations envisager surtout le côté sentimental qui concordait le mieux avec sa mentalité propre Mais ses préoccupations amoureuses, son caractère fantasque ont dû lui causer quelques avatars, car une page de ses mémoires nous révèle ce détail : « Le lendemain, j'étais à Paris, j'arrivais chez les sœurs de Vaugirard, trois jours après elles me mirent à la porte. »

Ses écrits contiennent le récit de quelques parties de sa vie et surtout de ses nombreux déplacements. Elle n'en indique d'ailleurs pas les motifs (Paris, Tours, Vendôme, Vierzon, Paris, la Suisse, Dijon, Cholet, Amiens, Londres, etc.). Elle ne restait que quelques jours dans un endroit, puis en recherchait un autre où elle devait se croire plus en sécurité ou plus à l'abri des ennuis.

Il est à noter que ces écrits n'ont rien de logique. Ils sont décousus, décrits à la façon de rêves, sans lien.

Certaines descriptions ne peuvent être que le résultat d'un délire d'imagination et ne doivent être le plus souvent que le résultat d'un délire de rêve et d'une activité subconsciente, la rêverie chez elle devenant conviction. Ce sont des scènes qu'elle revit de temps en temps, des sortes de vues cinématographiques qui finissent par imposer leur tyrannie à son esprit et cela

©BIUM

d'autant plus qu'elle est moins capable de réflexion. En effet, tandis que l'homme normal sait distinguer son rêve de la réalité, le visionnaire croit à la réalité de son rêve. Un délire peut s'ensuivre et s'organiser. Elle n'a cependant pas d'hallucinations au sens littéral du mot, mais plutôt des interprétations délirantes, peut-être des révélations, des apparitions relevant du rêve.

N'est-ce pas la description d'un rêve que ce récit : « Il *était minuit*, je m'habillais à la hâte, doucement je descendis l'escalier, je rentrais dans une chambre ; sur le toit je voulus grimper, je craignis les aboiements du chien, je revins sur mes pas, je descendis dans le sous-sol, je déverrouillais les portes ; à travers la campagne, je m'enfuis... j'étais en pleine campagne sur une route déserte, j'entendais des voix, des pas, j'écoutais, c'était le silence... »

Dans un autre passage elle conte qu'un soir de Mardi-Gras voulant faire la fête, lorsqu'elle entendit ses parents ronfler elle sauta par la fenêtre. « Je repris mon travail, j'allais en journées de tous les côtés, je me livrais à toutes sortes de débauches, je pris un enfant dans son berceau que je violet (*sic*). »

Ce dernier fait paraît s'être produit après sa rentrée de la fête du Mardi-gras.

C'était donc la nuit, puisqu'elle nous conte qu'elle était partie lorsqu'elle entendit ses parents ronfler.

Bref, ces faits, toujours indiqués comme se passant la nuit, paraissent résulter d'un délire onirique, d'un rêve qui aboutit à la conviction. Il s'agit d'un rêve morbide qui s'impose à l'esprit, de scènes que la prévenue croit revivre.

Les débauches dont elle s'accuse, le viol de l'enfant paraissent être de pure imagination. D'ailleurs elle m'a avoué avoir fait des débauches avec des saints !

Elle n'est donc qu'une coupable imaginaire. Chez elle le subconscient joue un grand rôle dans le mécanisme de l'auto-accusation et lui fait prendre son rêve pour une réalité.

Ce phénomène se rattache à l'hystérie, et cependant je n'ai pas trouvé chez elle les stigmates de cette névrose.

C'est une rêverie vécue qui devient une idée fixe amplifiée et qui se présente à son esprit avec une sorte de certitude. Néanmoins — j'ai dit qu'elle devait être d'un naturel scrupuleux — elle éprouve toutes sortes de remords et de honte. Elle paraît s'épuiser en regrets superflus mais reste réticente sur ce sujet. « Si je parlais, dit-elle, je serais toujours malheureuse. »

Ces idées fixes, obsédantes, de nature érotique et mystiques aussi, devaient conduire notre héroïne à un délire mélancolique d'indignité, de culpabilité, d'auto-accusation.

Aussi, par trois fois de suite, s'écriait-elle, le matin même de

©BIUM

son acte délictueux : Saloperie ! Saloperie ! Ce fut une stupéfaction générale pour les personnes de son hôtel et pour sa logeuse, qui me donne ce détail.

On comprend sous l'influence de quelles idées elle s'appliquait cette épithète. Elle m'a déclaré d'ailleurs : « Je dois rester en prison. J'ai commis des fautes que je ne puis dire. Ils ont raison de m'y tenir. Je porte bien mon nom. Delarue. veut dire bien des choses. Je sais que Frolleine veut dire à l'étranger mademoiselle. Je porte bien mon nom. Je suis une fille de la rue, je suis Frolleine Delarue. Le rouge symbolise la honte. Le rouge de la honte me monte à la figure ; mais en détériorant le tableau, j'ai voulu attirer l'attention sur moi et faire comprendre qu'il y a sur terre d'autres pécheresses auxquelles le rouge de la honte devrait monter à la figure comme à moi. — (Elle a donc obéi à l'impulsion de son état d'âme.) — Je ne suis point celle qu'on croit et j'ai peut-être un masque qu'on ne connaît pas. »

D. Lequel ?

R. « L'influence de Dieu me fait croire que je ne dois pas parler. »

Si on veut se rappeler qu'elle a déjà signalé qu'à dix-sept ans *la nuit*, après le désir d'un prêtre, elle a senti le rouge lui monter au visage, on remarquera que cette idée du rouge de la honte est une idée fixe déjà ancienne, amplifiée dans son esprit et qui est comme l'origine lointaine de l'acte délictueux qui lui est aujourd'hui reproché ! En effet, sa conscience est comme un champ rétréci envahi par certaines images parasites qui acquièrent une haute acuité.

Delarue est surtout une déséquilibrée de la sensibilité, c'est à la fois une persécutée et une mélancolique. Elle doit interpréter dans le sens de son délire les choses les plus naturelles et ce qui se passe auprès d'elle. J'ai déjà cité l'origine symbolique de son nom. Elle doit se croire tour à tour, suivant que l'élément persécution ou que l'élément mélancolique prédomine chez elle, le jouet d'interprétations délirantes, de sous-entendus, de mots à double sens ; elle doit s'imaginer être victime d'ennemis qui la dénigrent, qui salissent sa réputation, ou au contraire se montrer résignée à un sort qu'elle estime mérité par son indignité. Ce sont des troubles mentaux combinés.

Sa mobilité de sentiment est grande et elle passe avec facilité des protestations de la persécutée à la résignation de la mélancolique. Elle accepte d'être une fille « de la rue » ou proteste avec indignation contre cette qualification ajoutant : « Je ne suis pas celle qu'on croit. » Les moindres incidents lui sont bons pour alimenter son délire.

©BIUM

Enfin, après bien des difficultés, des hésitations et de multiples encouragements de ma part, elle me donna les explications qui suivent :

« Je ne peux réussir en rien par la faute des autres. Il y a bien des gens qui se suicident et qui n'ont pas souffert autant que moi.

D. Comment et par qui?

R. Sûrement je ne le dirai pas.

D. Ecrivez-le moi.

R. Non, j'aime mieux qu'on me coupe la tête. C'est un secret, mais quand on me connaîtra on me rendra justice. J'ai commis des péchés, mais quand j'aurai été jugée et condamnée, je serai rachetée. J'ai une étoile qui me guide et, grâce à moi, le monde sera moins mauvais quand je lui aurai fait connaître quelques vérités. Alors commencera ma carrière glorieuse. »

C'est sa justification et ces paroles nous permettent de soupçonner chez elle le dédoublement de la personnalité. En attirant son attention sur sa mission future, on assiste pour ainsi dire à une sorte de résurrection. Son état de dépression cesse, son visage reflète une expression d'idéal ravissement, tel Moïse au seuil de la terre promise.

On dirait qu'une personnalité nouvelle va se révéler.

Mais hélas ! le prophète ne veut pas parler et je dois me contenter de chercher dans son carnet la clef du mystère. Il s'agit de réformes politiques et de la constitution d'une république dite Gauloise. La philosophie de Frolleine Delarue est quelque peu enfantine. Elle reflète les bizarreries inexplicables, les contradictions, le côté romanesque et vaniteux du caractère de l'hystérique. Je ne trouve que ce passage à relever, énigmatique et contradictoire comme son nom et son passé : « Voltaire, Montesquieu, Rousseau ne sont que des esprits malfaisants. En les applaudissant, c'est aimer le souvenir de la Révolution, où tant de sang noble a coulé innocemment. Aujourd'hui, ces grands esprits ne sont que la musique de mon chant. »

Conclusions.—1° Frolleine Delarue est atteinte de dégénérescence mentale avec idées mystiques et de persécution. Interprétations délirantes. Idées fixes post-oniriques. Idées d'indignité. Auto-accusation. Hystérie.

2° Elle est irresponsable et doit être internée.

P.-S. — Le hasard a voulu qu'elle soit placée dans mon service :

Sa situation ne s'est guère modifiée, elle reste toujours aussi impénétrable quant à son passé : « Le secret de ma vie n'appartient qu'à moi seule ; je ne peux

©BIUM

pas parler », m'écrivait-elle récemment. Elle m'a dit cependant qu'elle était la petite-fille d'un cardinal.

Elle est docile, moins mélancolique, s'occupe régulièrement, mais reste sournoise, réticente, surtout hésitante et assez préoccupée d'elle-même.

Elle est plus débile mentale que je ne le supposais au début et ce fait explique que ses conceptions délirantes soient en somme assez pauvres.

Ses déclarations restent mobiles et contradictoires, mais la nature onirique de ses préoccupations se confirme bien. Elle m'a écrit plusieurs fois pour me faire part de souffrances morales consécutives à des rêves.

« Mardi, dans la nuit, m'écrit-elle, j'ai fait un drôle de rêve, j'étais partie en Russie comme femme de chambre. J'étais sur une falaise et je vis une personne tomber à l'eau. J'ai couru près d'elle, mais il y avait trop d'eau et je n'ai pu la sauver. Ce rêve m'a laissé une mauvaise impression. »

En effet, elle conserve de son rêve une mémoire plus persistante qu'à la normale, ce qui témoigne d'un état d'impressionnabilité, de réceptivité particulières. Il en résulte au réveil un véritable état de souffrance morale, d'auto-suggestion obsessive.

On voit qu'elle confond quelque peu son rêve avec la réalité, qu'elle croit par instants continuer à assister à la scène dramatique qu'elle décrit et qu'elle en souffre réellement. Néanmoins, questionnée sur ce sujet, elle prétend, contre toute évidence, n'en être pas impressionnée.

Elle m'écrit aussi : « Je n'ai aucun regret d'avoir taché le portrait du Louvre. Je n'y reconnaissais qu'un but politique. »

En somme, elle continue à se complaire dans ses chimères.

Elle a des interprétations délirantes, mais non de véritables hallucinations.

Elle m'a déclaré en manière de conclusion : « Les journaux ont publié ensemble et mon portrait et la photographie de la statue élevée à un jardinier, tué par les Prussiens en 1870. N'est-ce pas pour bien marquer que, comme à ce dernier, justice me sera finalement rendue ? »

©BIUM

Tabes et mégalomanie. Présentation de malade,

par MM. KLIPPEL et LÉVY-DARRAS.

La malade que nous vous présentons est âgée de quarante-trois ans.

Elle est entrée à l'hôpital Tenon, salle Laënnec, le 28 octobre 1912, pour troubles mentaux et tabes.

Cette malade est tabétique. Elle en présente tous les signes : démarche ataxique, abolition des réflexes rotuliens et achilléens, signe de Romberg. Elle a une inégalité pupillaire par dilatation plus marquée de la pupille gauche. Elle a le signe d'Argyll-Robertson.

La malade n'a pas de douleurs fulgurantes. Elle a de temps à autre des crises gastriques. Elle urine sous elle.

Dans le liquide céphalo-rachidien il y a de la lymphocytose. La réaction de Wassermann dans le sang est positive.

Ce tabes paraît remonter à six ans. La malade a été soignée à la Salpêtrière.

Les troubles psychiques ont commencé il y a seulement un mois. L'entourage avait remarqué qu'elle avait des crises de joie suivies de crises de tristesse. La malade a fait des achats inconsidérés. C'est ainsi qu'elle a acheté 100 paires de chaussettes afin de les raccommoder et des cartes postales pour la somme de 50 francs afin de les barioler pour les rendre plus jolies.

A l'hôpital, elle présente un délire incohérent mais dans lequel domine la mégalomanie. La malade raconte « qu'elle va emmener tout le service en Russie en automobile ; qu'elle va aller avec des milliers d'auto dans son pays afin de ramener tous les gens de sa famille ainsi que les personnes de son village. Les autos auront des tabliers en or. Quand elle sera sortie de l'hôpital elle s'habillera en reine et achètera des bijoux. Elle a un grand talent de chanteuse et entrera à l'Opéra. Son cas de tabes est unique et elle nous défie d'en trouver un autre».

Mais outre sa mégalomanie elle est très érotique. La malade est très excitée et très agitée. Elle a des accès de rire et de pleurs. Elle est souvent violente. Elle réclame sa sortie et cherche à fuir. Quand on la remet dans son lit, elle griffe et mord les infirmières.

La mémoire est peu touchée. La malade raconte qu'elle fut dans sa jeunesse en apprentissage ; qu'à dix-sept ans, elle fut employée dans une maison publique à Dunkerque ; qu'elle fut ensuite cuisinière à Paris.

La malade n'a ni tremblement des doigts, ni tremblement

©BIUM

de la langue. Elle prononce correctement si on lui fait subir les épreuves classiques : « Constitutionnel. Artilleur d'artillerie, etc. » Elle dit de longues phrases sans aucun achoppement. Elle s'exprime d'une façon aisée et facile.

En résumé, tabes avec délire mégalomaniaque. La question qui se pose à propos de cette maladie est la suivante. Est-elle paralytique générale ou ce délire doit-il être considéré comme accident venant se greffer sur son tabes et indépendant de la paralysie générale.

La discussion des délires mégalomaniaques au cours du tabes a eu lieu souvent. Dès 1862, Baillarger a décrit des délires ambitieux au cours de l'ataxie et dans un cas de Westphal, cité par lui, on trouve la description d'un délire ambitieux chez un ataxique, malade chez lequel l'autopsie a montré l'absence des lésions spécifiques de la paralysie générale.

En 1892, M. Pierret, au Congrès de Blois, a repris la question. Il décrit un tabes psycho-sensoriel et ajoute que « l'on voit souvent se greffer sur cet état hypomaniaque de véritables bouffées de mégalomanie ; les bouffées d'abord transitoires deviennent plus fréquentes, plus tenaces, et finissent par constituer une sorte de paralysie générale mixte avec troubles moteurs ataxiques et troubles tabétiques de la sensibilité et plus tard état démentiel et grognon». Mais M. Pierret insiste sur le point de départ sensoriel de ce délire et chez notre malade on ne trouve au délire aucun départ sensoriel.

En 1908, à la Société de psychiatrie, la discussion a été reprise à propos d'un malade de M. Gilbert Ballet. Ce malade tabétique avait eu quatre ans auparavant des crises d'excitation avec mégalomanie. Le délire avait complètement guéri. M. Ballet rapportait ce délire avec mégalomanie à la méningo-encéphalite et insistait sur les rémissions fréquentes et trompeuses que l'on voit au cours de la paralysie générale. M. Joffroy fit des réserves et insista sur le fait que le malade ne présentait pas des troubles de la parole.

Le tableau clinique que présente notre malade se rapproche de ces divers cas. Le délire de notre malade est un délire de paralytique général. Il est mobile, diffus, incohérent et contradictoire. Mais les malades citées par Baillarger, par Westphal, par Pierret, présentaient un délire analogue et ces auteurs n'avaient pas conclu à la paralysie générale. Dans le cas de M. Gilbert Ballet, le délire n'était pas un délire type de paralysie générale et il avait pourtant conclu à une manifestation de cette maladie. Nous ne pouvons donc nous appuyer uniquement sur le caractère du délire pour porter le diagnostic de paralysie générale. Les signes physiques sur lesquels nous serions en droit de compter, ne nous apportent pas de preuve

©BIUM

décisive. Sans doute la malade a un signe d'Argyll typique et une lymphocytose rachidienne ; mais les deux signes se rencontrent aussi fréquemment dans le tabes, avec la paralysie générale concomitante, que dans la paralysie générale. Les autres signes physiques manquent. Il n'y a pas de trouble de la parole ; la malade s'exprime facilement. Le tremblement des doigts, le tremblement de la langue manquent.

En résumé, nous pensons que ce cas méritait d'être rapproché de ceux de Baillarger, Westphal, Pierret, Gilbert Ballet, où la mégalomanie apparaît par bouffées sans autre signe de paralysie générale. Quel sera l'évolution de cette malade ? Il est possible que son délire présente des rémissions, mais il est probable qu'elle évoluera vers la démence. Toutefois, ce pronostic mérite des réserves.

DISCUSSION

M. Gilbert Ballet. — Quelle est l'interprétation des auteurs à propos de cette malade ?

M. Klippel. — Nous nous demandons si nous devons faire, dès à présent, un pronostic aussi sombre que dans un cas banal de paralysie générale : il n'y a presque pas de troubles de la parole ; l'affaiblissement intellectuel est peu marqué ; le tableau clinique, dans son ensemble, se rapproche beaucoup des observations publiées par Baillarger, par Westphal, etc..., que nous avons citées, et dans lesquelles l'examen nécropsique ne confirme pas le diagnostic de paralysie générale.

M. Gilbert Ballet. — Si cette malade n'était pas tabétique, vous n'hésiteriez pas à la considérer comme une paralytique générale.

M. Séglas. — Son délire est, en effet, bien absurde.

M. Arnaud. — Du moins, la considérez-vous comme une démente ?

M. Klippel. — Nous la croyons en voie de démence, ce qui n'est pas exactement la même chose, et nous nous demandons avec quelle rapidité elle évolue vers la démence complète. Encore une fois, ce qui nous paraît constituer l'intérêt de cette communication, c'est que notre malade se rapproche d'un certain nombre de cas, publiés par d'excellents observateurs, et qui ont été, au

©BIUM

point de vue clinique, comme au point de vue anatomique, différents de ce qu'on pouvait attendre. MM. Vigouroux et Hérisson-Laparre désirent vous rapporter des cas analogues aux nôtres; laissez-moi leur donner la parole, et lorsque vous les aurez entendus, nous discuterons l'ensemble des communications d'aujourd'hui.

Deux cas de délire mégalomaniaque survenus chez des tabétiques anciens,

par MM. A. Vigouroux et Herisson-Laparre.

Les deux observations que nous apportons aujourd'hui à la Société ont pour but de contribuer à l'étude si difficile et si complexe des troubles mentaux présentés par les tabétiques, principalement en point de vue du pronostic que comporte leur délire.

Les délires évoluant chez les tabétiques peuvent se ranger en plusieurs groupes, en dehors des délires toxiques et infectieux surajoutés :

1° Les délires puisant leurs éléments dans les troubles sensitifs du tabes (tabes amaurotique principalement) ;

2° Les délires évoluant chez des tabétiques, le tabes et le délire restant indépendants l'un de l'autre ;

3° Les bouffées délirantes intermittentes, surtout mégalomaniaques, apparaissant chez des tabétiques, séparées par des périodes intercalaires où la lucidité est presque complète ;

4° Enfin, les troubles mentaux variés qui sont précurseurs ou symptomatiques de l'évolution d'une paralysie générale.

Dans les cas de la dernière catégorie, on sait depuis longtemps (Baillarger, Falret, etc., ont insisté sur ce point), que les délires des paralytiques présentent des rémissions longues et fréquentes. Récemment encore, M. Ballet donnait à la Société de psychiatrie l'observation d'un tabétique qui, après un accès de dépression de quatre ans et une période d'excitation de un an, présentait une rémission ou une intermission, de cinq ans,

©BIUM

pendant laquelle le sujet pouvait se considérer comme guéri de son délire.

Plus récemment, à la Société même, M. Truelle nous a montré dans une communication, très documentée, la difficulté du diagnostic en pareil cas.

Déjà Baillarger, dans son mémoire sur les rapports de l'ataxie et de la paralysie générale, donne, entre autres observations, celle d'un tabétique qui eut trois accès d'excitation maniaque séparés le premier par une période de guérison de treize ans, le deuxième par une période de huit ans, et le troisième se termina dans la manie chronique, sans que le malade eût présenté des signes de paralysie générale, alors que ce diagnostic avait été porté vingt-cinq ans auparavant.

La première observation est celle d'un tabétique qui évolue vers la paralysie générale, mais chez lequel l'évolution du délire est intermittente, à double forme, avec longues rémissions, et l'affaiblissement intellectuel extrêmement lent à se manifester.

La deuxième concerne un tabétique ancien, ayant présenté deux accès de délire mégalomaniaque, séparés par un intervalle complètement lucide.

Dans ces deux cas, le diagnostic au début a été rendu difficile par l'absence du seul symptôme physique permettant de différencier le tabes et la paralysie générale, l'embarras de la parole.

Obs. I. — Fav..., trente-neuf ans, sculpteur sur pierre, entre dans le service, le 2 avril 1910, avec le diagnostic de paralysie générale et tabes avec ataxie.

Euphorique et satisfait, il est enchanté de sa nouvelle situation, affirme être aimé de tout le monde et parle avec orgueil de sa fortune immense qui se monte à 18 milliards. Il est très intelligent et il fabrique des appareils pour visiter Mars et Neptune, des explosifs formidables qui font sauter les maisons à 800.000 kilomètres, etc.

La parole est facile, non embarrassée, sans accrocs. La langue est animée d'un fin tremblement vermiculaire.

Les signes oculaires sont très nets ; il y a de l'inégalité pupillaire avec Argyll ; la paupière supérieure gauche est en ptosis ; le malade se plaint de voir double depuis cinq ans et d'avoir du scotome scintillant.

Les réflexes patellaires et crémastériens sont abolis, le réflexe plantaire faible. Les réflexes cutanés sont diminués, avec retard

©BIUM

à la perception. Le malade se plaint de souffrir de douleurs fulgurantes dans tout le corps.

Les phénomènes ataxiques sont très marqués, le malade pouvant à peine marcher. Il présente en outre de la perte du sens de position des membres, de la reconnaissance de la forme et du poids des objets.

La syphilis est avouée; elle remonterait à vingt ans environ.

En présence de ces signes si nets, le diagnostic ferme de tabes associé à la paralysie générale est porté.

Quelques renseignements fournis par le frère complètent l'histoire du malade : le tabes semble remonter à sept ou huit ans; les troubles mentaux ne se sont manifestés qu'il y a un an. A cette époque, le malade a commencé à raconter des histoires incohérentes, à faire des achats déraisonnables. Plusieurs fois, il s'est perdu dans les rues.

Pendant cinq ans, sans succès, on a essayé de le traiter par des piqûres mercurielles, par la suspension et la rééducation.

Il s'est marié à l'âge de vingt-six ans et a eu trois enfants malingres. Depuis trois ans, il a obtenu le divorce envers sa femme qui, paraît-il, le trompait.

16 *juin* 1910. L'affaiblissement intellectuel est toujours aussi marqué; les idées délirantes sont les mêmes; le malade est gâteux.

19-26 *août* 1910. Surviennent plusieurs attaques à caractère franchement épileptique; le début est brusque, sans prodromes, elles durent trois à cinq minutes, s'accompagnent de perte complète de connaissance, de salivation, de miction involontaire; la fin est également brusque et par la suite le malade ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé.

Quelques jours après ces attaques, le délire absurde de grandeur disparaît, en même temps qu'apparaît un délire de persécution avec idées mélancoliques; un matin, à la visite, il raconte avec de nombreux détails qu'il a été frappé pendant la nuit par un veilleur à coups de crochet d'imposte et qu'il a eu la tête traversée. Quand on lui demande de montrer la trace des coups terribles qu'il a reçus, il est tout décontenancé de ne pouvoir le faire.

Ce délire est d'ailleurs passager et huit jours après il ne tarit pas d'éloges sur les gardiens, qui sont excellents pour lui.

8 *septembre* 1910. Le délire de grandeur absurde réapparaît, dans un cadre stéréotypé : tous les matins, il raconte, avec les mêmes phrases, qu'il est empereur du monde, milliardaire et pape et qu'il va se faire sacrer à Rome.

Huit jours après, le malade a eu une petite attaque, précédée d'un grand cri. On note l'explication ingénieuse qu'il donne, le lendemain, de ce cri : tout d'un coup, dans un cauchemar, un

©BIUM

homme barbu lui a mis un couteau sur la gorge et il a poussé un cri de frayeur instinctive.

Pendant deux mois, les idées de grandeur persistent. Puis, assez rapidement, elles disparaissent, et le malade, très amélioré, demande sa sortie, de nombreuses commandes le réclamant à son atelier. Il est calme et raisonnable et s'alimente bien.

Janvier 1911. Après une attaque, les idées de persécution réapparaissent : on empêche, dit-il, les visites de pénétrer jusqu'à lui, mais bientôt on aura de ses nouvelles.

Au bout d'un mois, ce délire fait place à des idées mégalomaniaques absurdes.

De mars à août 1911, le malade a plusieurs attaques et chaque fois, immédiatement après, réapparaissent les idées délirantes de grandeur et de persécution.

Du 15 *août* 1911 *au* 27 *avril* 1912, le malade traverse une période de calme complet. Il reconnaît qu'il a dit des absurdités, mais c'était, dit-il, parce qu'on l'excitait. Il conserve cependant un certain degré d'euphorie et d'inconscience de sa situation.

Au point de vue mental, il est un peu affaibli. Sa mémoire des faits anciens est bonne, celle des faits récents un peu plus infidèle. Il fait des opérations de calcul assez compliquées, cause sainement de son métier de sculpteur sur pierre et témoigne de beaucoup d'affection envers sa famille.

Du 27 *avril* 1912 *au* 15 *novembre* 1912, le malade présente à plusieurs reprises des attaques en séries, non plus épileptiques mais épileptiformes. Les idées délirantes, après chaque attaque, sont de moins en moins nettes, parfois même elles ont fait complètement défaut. Visiblement, le malade s'affaiblit progressivement au point de vue mental; ces jours-ci, il vient d'avoir une série d'attaques épileptiformes, il est maintenant calme et un peu somnolent et répond encore assez raisonnablement aux questions qu'on lui pose, quoiqu'il présente un ralentissement marqué de l'idéation.

Ce malade est un cas typique de ces associations tabéto-paralytiques à évolution en général beaucoup plus lente que les paralysies générales pures. Les troubles délirants ne semblent pas devoir être rapportés à une autre cause que la méningo-encéphalite; cependant, la conservation suffisante de l'intelligence et l'absence d'embarras de la parole ont pu faire quelque temps discuter ce diagnostic. Ce qui le rend particulièrement intéressant, c'est l'apparition, après chaque attaque, d'un délire, tantôt de grandeur, tantôt de per-

©BIUM

sécution, avec le plus souvent retour à l'état normal au bout d'un certain temps. A ce titre, on pourrait le classer parmi les cas de tabes associés à la paralysie générale à forme de folie intermittente, tels que les ont décrits Anglade et son élève Marqueste.

Il est également intéressant de remarquer que, chez ce malade, les attaques convulsives ont eu d'abord exclusivement les caractères des attaques épileptiques pures et que ce n'est que plus tard qu'elles ont pris ceux des ictus épileptiformes des paralytiques généraux.

Obs. II. — Cart..., soixante ans, commissionnaire en bois, entre dans le service le 20 mai 1911.

Dès le début de l'interrogatoire du malade, le diagnostic de paralysie générale semble s'imposer par les idées absurdes de richesse et de grandeur qu'il présente : riche à millions, il va encore gagner des sommes énormes en achetant la forêt de Laigle, qu'il fera exploiter. Il a de belles relations et l'empereur d'Allemagne ne dédaigne pas de correspondre avec lui.

L'examen somatique permet en outre de relever chez lui des signes nets de tabes : les pupilles sont inégales et les réflexes lumineux abolis, le signe d'Argyll existe. Les réflexes patellaires, plantaires et crémastériens sont abolis.

Il accuse des douleurs fulgurantes et des douleurs en ceinture. Les troubles de la marche sont peu accusés, il n'y a pas d'incoordination, mais une ébauche de Romberg.

La langue présente du tremblement fibrillaire, mais la parole est nette, facile, sans accrocs.

Nous ignorons si le malade a eu la syphilis, il avoue simplement avoir eu des crêtes de coq il y a trente ans.

Malgré l'absence d'embarras de la parole, en présence de pareils symptômes, le diagnostic d'association tabéto-paralytique est posé.

D'après les renseignements fournis par le fils, les premiers désordres mentaux remontent à avril 1910 ; régisseur dans une affaire de liquidation, il a été renvoyé comme ne pouvant plus suffire à sa tâche. Il perdait la mémoire des noms propres et des dates et son intelligence était moins vive qu'auparavant. Des dépenses exagérées et ridicules ont amené son fils à demander son internement.

Jusqu'en septembre 1911, le délire de grandeur persiste aussi extravagant. Il est très loquace, s'exprime avec facilité et ses propos sont toujours à peu près les mêmes ; il doit partir d'ici une heure dans une superbe automobile appartenant à un de ses amis pour se rendre à une chasse des environs de Paris, dont il est actionnaire. Il invite les personnes présentes à

©BIUM

l'accompagner. Ceux qui ne pourront venir recevront en compensation une barrique d'excellent vin qu'il tient d'un de ses amis. Il peut donner assez d'argent à chacun pour que tout le monde puisse être heureux.

Le 25 septembre 1911, brusquement, un matin, il déclare qu'il est guéri, qu'il reconnaît comme absurdes les histoires qu'il a racontées et que, se trouvant très bien à l'asile, il veut y passer sa vie.

En octobre 1911, il devient mélancolique et hypocondriaque, il croit qu'il va mourir et demande que ses enfants soient prévenus. Il s'étonne tous les matins de se trouver encore vivant.

Le 27 octobre 1911, de nouveau, il déclare brusquement, un matin, qu'il est tout à fait guéri et qu'il voit bien qu'il a été fou. Des affaires de ventes de bois le rappelant, il faut qu'il soit mis en liberté le plus tôt possible.

Pendant cinq mois, l'amélioration persiste; il est propre, raisonnable, assez calme, quoique s'irritant facilement au contact des autres malades. Ses idées de grandeur ont complètement disparu et c'est à peine si de temps en temps il cause un peu de ses projets d'autrefois, mais en des termes toujours modérés.

Le 17 mai 1912, son état d'amélioration est tel qu'on l'occupe aux bureaux de l'économat pendant deux mois, comme commis aux écritures. Il travaille régulièrement et on est satisfait de ses services. Au début de cette période, il a écrit au procureur de la République une longue lettre dans laquelle il explique par le détail les incidents de sa vie. Cette lettre, malgré quelques exagérations lorsqu'il s'agit de questions d'argent, est sensée, bien écrite et parfaitement logique. L'écriture est belle, régulière, sans tremblement et sans fautes d'orthographe et cette lettre semble écrite par un homme instruit en pleine possession de son intelligence.

Le 17 juillet 1912, brusquement réapparaît une période d'excitation, avec logorrhée et propos incohérents, qui dure encore aujourd'hui. Le délire de mégalomane ambitieux se retrouve tel qu'il était il y a six mois : il est supérieurement intelligent, parle sept langues et se fait fort d'en apprendre cinq autres en quinze jours. Il est un peu musicien, mais s'il voulait s'en donner la peine, en quelques jours il deviendrait un véritable virtuose, il joue d'ailleurs très bien de plusieurs instruments de cuivre. Ses garçons sont également de véritables prodiges d'intelligence et sont tous élèves de Polytechnique ou de Centrale. Ses filles sont belles et richement dotées et il nous propose, pour notre bonheur, de nous les donner en mariage. Il ne compte plus ses belles relations ; il y a quelques années, deux banquiers de Besançon l'ont envoyé au Monténégro pour faire

©BIUM

des estimations de forêts; il a été reçu par le roi et ses fils qui l'ont invité à dîner. Il connaît intimement tel ou tel grand personnage, le préfet de police, les ministres, les députés, chasse et dîne avec eux, etc.

Toujours, il distribue largement les millions, nous conseille beaucoup d'entrer avec lui dans des entreprises commerciales ou industrielles pour que nous puissions profiter de ses hautes qualités d'homme d'affaires.

Il est important de remarquer que ce délire, tout en étant extravagant, n'est pas absurde. Il est constant, cohérent et n'est invraisemblable que par les exagérations qu'il comporte. Notre malade, en effet, a été un courtier intelligent et adroit, il a gagné beaucoup d'argent et il a fréquenté de hautes personnalités, tel le roi de Monténégro auquel il a été vraiment présenté au cours d'un séjour fait dans ce pays pour organiser l'exploitation des forêts. Des paroles qui paraîtraient absurdes dans la bouche d'un autre ne sont souvent chez lui que l'exagération de faits dont nous avons constaté l'exactitude. En outre, le jugement est resté absolument sain, la mémoire des faits anciens, surtout, est bien conservée, et il est impossible de découvrir chez lui le moindre signe d'affaiblissement intellectuel. Enfin, fait d'une très haute importance, il n'a jamais présenté d'embarras de la parole.

Il nous paraît donc cliniquement impossible à l'heure actuelle de rapporter ce délire de grandeur à une association tabéto-paralytique. D'autre part, ce malade ne présente pas d'hallucinations, il n'a jamais essayé d'interpréter les phénomènes douloureux de son tabes pour en enrichir son délire, il ne peut donc pas être question d'une psychose tabétique par interprétation délirante de troubles sensitifs ou sensoriels telle que l'a conçue Pierret.

En fait, le seul diagnostic discutable serait celui de folie intermittente associée au tabes, car cliniquement, abstraction faite de ce tabes, il offre tout à fait l'aspect d'un intermittent présentant un accès délirant mégalomaniaque.

Enfin, nous désirons insister sur un point qui nous a frappé chez nos deux malades, c'est la conscience qu'ils ont manifestée tous les deux lors de leurs rémissions du caractère pathologique des conceptions délirantes qu'ils avaient émises avec tant de conviction, quelques jours auparavant. « Il fallait que je sois bien malade

©BIUM

et que j'aie vraiment perdu la tête, nous disent-ils, pour dire de telles choses. » Il ne nous a jamais été donné de faire une pareille observation chez les paralytiques généraux en période de rémissions.

DISCUSSION

M. Gilbert Ballet. — Nous devons remercier M. Vigouroux de nous avoir apporté d'intéressantes observations, bien étudiées, et à propos desquelles cependant l'embarras des cliniciens reste grand. Rien ne s'oppose, *a priori*, à la coexistence, chez un même malade, du tabes et de la psychose périodique. Pourtant, dans un grand nombre des cas qui ont été publiés à propos du problème de la paralysie générale suivant le tabes, ou d'une psychose accessoire évoluant chez un tabétique, il a fallu, en fin de compte, admettre la paralysie générale ; aussi, faut-il ne pas se hâter de conclure à la coïncidence de la constatation d'une rémission très accusée dans les cas de ce genre. On n'a pas le droit d'éliminer la paralysie générale.

M. Vigouroux. — En pratique, il faut cependant se garder de porter un pronostic trop sombre que les événements démentent parfois.

M. Pactet. — J'ai observé récemment un malade atteint de tabes, puis de délire hypocondriaque avec, en apparence, de l'affaiblissement intellectuel, qu'on pouvait considérer comme un paralytique général. A l'occasion d'une rémission, il est sorti de l'asile plus tôt que je n'aurais souhaité ; mais les nouvelles que j'ai eu de lui depuis semblent démontrer qu'il n'évolue pas comme un paralytique.

M. Truelle. — Par contre, dans deux cas que j'ai observés jusqu'à l'autopsie, inclusivement, et au sujet desquels M. Vigouroux a procédé à l'examen histologique, le diagnostic de paralysie générale était anatomiquement indiscutable, bien que la clinique eût plutôt fait songer à l'association de quelques troubles mentaux de second plan à un tabes évoluant suivant le type banal.

La séance est levée à 5 h. 30.

Les secrétaires des séances,

MM. J.-M. Dupain et P. Juquelier.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société de psychiatrie, neurologie et médecine légale de Buenos-Aires.

Année 1911.

I. — *Des maladies nerveuses hérédo-dégénératives, et de l'« Aplasie axiale extracorticale congénitale » en particulier.* — M. Luis Merzbacher estime qu'il n'existe pas en réalité plusieurs formes de maladies hérédo-familiales, mais seulement une hérédo-dégénérescence familiale. La classification de ces affections ne peut être clinique, mais seulement anatomo-pathologique.

Il décrit, sous le nom d'*aplasie axiale extracorticale congénitale*, une affection nerveuse dont on connaît quatorze cas (2 femmes, 12 hommes) appartenant tous à une même famille, la transmission d'une génération à l'autre étant assurée exclusivement par les femmes saines. La maladie débute toujours à l'âge de trois mois, par un nystagmus horizontal et du tremblement de la tête; les enfants n'apprennent pas à s'asseoir ni à se tenir debout. A deux ans survient une paralysie avec contracture des membres inférieurs. Dans les cas plus graves, la parésie spasmodique atteint les membres supérieurs, et il y a affaiblissement mental. A huit ans, l'évolution est terminée, et aux symptômes précédents s'ajoutent les suivants : ataxie dans les mouvements intentionnels, parole scandée, mimique figée, réflexes patellaires très exagérés, signe de Babinski; parfois existent des déformations osseuses par ostéomalacie et ostéoporose. Dans un cas autopsié par l'auteur, la lésion consistait en une disparition presque complète des fibres à myéline entraînant une atrophie marquée de la substance blanche dans le centre ovale et partiellement dans les capsules interne et externe et dans le cervelet, avec prolifération secon-

©BIUM

daire de la névroglie. L'écorce était indemne, ainsi que les faisceaux de l'isthme de l'encéphale et de la moelle.

II. — *Confusion et déficit mental avec amnésie rétro-antérograde par traumatisme cranien dû à un coup de feu.* — M. Helvio Fernandez présente, avec photographies et radiographie, l'histoire clinique d'un cas de traumatisme cranien avec troubles mentaux. Le malade, sans antécédents morbides importants, avait été blessé d'un coup de revolver tiré à bout portant dans la région temporale droite (au niveau du pôle antérieur de la première temporale). Trépané d'urgence, il resta six à huit jours dans le coma, dont il sortit en état de confusion mentale agitée, avec monoplégie brachiale droite et paralysie totale du moteur oculaire commun du côté droit. Au bout de trois semaines, la monoplégie était améliorée, et l'état confusionnel s'atténuait, laissant persister des signes de déficit intellectuel : amnésie rétro-antérograde (portant sur l'accident et sur les deux mois antérieurs), affaiblissement de l'attention, absences fréquentes, pauvreté des idées et râbachage, absence de spontanéité idéative, dépression irritable avec hypocondrie légère, émotivité exagérée. L'analyse des symptômes et la radiographie font conclure à l'existence d'une double lésion : section du tronc du moteur oculaire commun immédiatement en arrière de l'apophyse clinoïde postérieure, lésion du bord interne du pied du pédoncule cérébral gauche, atteignant les fibres pyramidales qui correspondent au membre supérieur. La démence post-traumatique est attribuée à des altérations cellulaires et vasculaires, et à des hémorragies multiples ayant provoqué des lésions nerveuses profondes et étendues à marche progressive. Le projectile, logé profondément, n'avait pu être extrait.

III. — *Sur un cas rare de paralysie générale progressive.* — M. Borda communique l'observation d'un malade de vingt et un ans, atteint depuis un an de troubles mentaux dépressifs, avec obnubilation intellectuelle, ayant débuté après une blessure du pied. A l'asile, on observe de la mydriase et de la paresse du réflexe lumineux, l'exagération des réflexes tendineux sans signe de Babinski, de la contracture musculaire généralisée, qui s'atténuait dans le lit, et s'exagérait par la marche, forçant le corps à s'incliner en arrière et un peu sur le côté gauche, et imprimant à la face une expression stupide et grimaçante. Les mouvements provoquaient des secousses spasmodiques douloureuses. Mutisme complet et obnubilation

©BIUM

croissante. Mort dans le marasme quatre mois après l'internement. A l'autopsie, on trouve un encéphale petit (975 gr.), de l'hydrocéphalie interne, et les lésions caractéristiques de la paralysie générale.

IV. — *Etude clinique d'une aphasie totale.* — M. Fernando Gorriti présente un alcoolique chronique chez lequel s'observent, après un ictus, et concurremment avec une hémiplégie droite avec contracture, sans agnosie ni apraxie : une surdité verbale partielle pour la langue française et totale pour l'espagnol, une cécité verbale totale, de l'aphémie et de l'agraphie. C'est un cas d'aphasie totale suivant la conception de Dejerine.

V. — *Quelques considérations sur les diverses formes de l'encéphalite et de la myélite.* — Le domaine de l'encéphalite et de la myélite est, au point de vue de l'histo-pathologie, un chaos de choses hétérogènes. M. Merzbacher apporte quelques faits anatomiques concernant deux formes d'encéphalite hémorragique et une forme de myélite qu'il appelle *myélite granulo-adipeuse*.

1° L'encéphalite hémorragique du scorbut, observée chez trois scorbutiques déments, se caractérisait : par des hémorragies capillaires localisées dans certaines régions de l'écorce, et dues non à la rupture des vaisseaux, mais à la dégénérescence hyaline et en partie graisseuse de leurs parois, et par l'absence de lésions infiltratives. A côté de la dégénérescence graisseuse constante du foie et des reins, les scorbutiques présentent très fréquemment des lésions du pancréas : dégénérescence graisseuse des cellules glandulaires, et abcès multiples disséminés. Ces altérations pancréatiques sont en rapport avec la dégénérescence caractéristique du tissu adipeux en général (sous-cutané, épiploïque, périrénal), laquelle en est peut-être la conséquence.

2° L'encéphalite hémorragique par augmentation de pression intracranienne (tumeur cérébrale), dans laquelle les hémorragies capillaires sont périvasculaires et probablement dues à une forte congestion, s'associe souvent à un processus méningitique.

3° La myélite granulo-adipeuse, où manquent les lésions inflammatoires, se caractérise par la présence de nombreuses cellules granulo-adipeuses dans toute l'étendue de la moelle. Ces cellules, grandes, rondes ou ovales, à un ou deux noyaux, et dont le corps est creusé de petites vacuoles contenant des corpuscules graisseux, se rencontrent souvent dans les gaines périvasculaires, et sont d'origine gliosique.

©BIUM

VI. — *Sur un cas de cysticercus cellulosæ du cerveau.* — Les cas de cysticerques cérébraux cliniquement silencieux sont rares. MM. Francisco Morixe et Nicolas Roveda en rapportent un cas chez un dément précoce. L'autopsie révéla l'existence de kystes hydatiques calcifiés disséminés dans les méninges, et de nombreuses vésicules dans plusieurs régions de l'encéphale (capsule interne, substance blanche de la circonvolution temporo-occipitale, lobule paracentral, etc.). Les cysticerques, respectant l'écorce, siégeaient pour la plupart dans la substance blanche. L'examen histologique montra la nature du parasite (tænia solium), l'absence de lésions destructives du tissu nerveux environnant les vésicules, qui est simplement refoulé, et le développement de la névroglie au voisinage des cysticerques. Les auteurs pensent que l'affection parasitaire s'est juxtaposée à la démence précoce, sans jouer aucun rôle dans son étiologie.

VII. — *Sur un syndrome de tumeur cérébrale.* — M. Borda rapporte l'observation d'un alcoolique chronique de cinquante-trois ans qui présentait les signes suivants : attaques épileptiformes généralisées, avec prédominance du côté droit, ayant débuté depuis un an; troubles de l'équilibre, exagération des réflexes tendineux avec ébauche du signe de Babinski, céphalalgie à gauche; du côté des yeux, hémianopsie temporale gauche, paresse des réflexes lumineux, fond de l'œil normal. Après quelques semaines d'un état confusionnel avec stupeur, mort au milieu de crises convulsives subintrantes. Le diagnostic de tumeur cérébrale siégeant dans le lobe occipital et ayant envahi ou comprimé le cervelet, ne fut pas confirmé par l'autopsie. Il existait : dans l'hémisphère droit un foyer de ramollissement ancien de la substance blanche de la première temporale, avec destruction de la partie extraventriculaire du corps strié, du pied de la couronne rayonnante frontale et d'une partie de la capsule externe; dans l'hémisphère gauche, un foyer hémorragique assez récent du lobe frontal (centre ovale). La mort était due à la congestion méningée et à des suffusions sanguines sous-arachnoïdiennes disséminées.

VIII. — *Nouvelle manière de provoquer le signe de Babinski.* — M. Adolfo Guëmes a observé le signe de Babinski, dans plusieurs cas de lésion unilatérale du faisceau pyramidal, en faisant élever le pied du malade en décubitus dorsal au-dessus du plan du lit. Quand il y a paraplégie, le réflexe en extension est bilatéral, se produisant aussi dans le

©BIUM

membre immobile. Il ne se produit pas dans les mouvements provoqués. M. Guëmes explique ce signe par la rupture de l'équilibre normal entre l'action des muscles extenseurs de la jambe et du pied et celle des fléchisseurs qui concourent aussi à l'exécution du mouvement d'élévation, cette rupture d'équilibre faisant apparaître la prédominance des muscles extenseurs qui jouent le rôle actif. Le signe de Guëmes ne peut être provoqué dans les paralysies complètes qui abolissent tous les mouvements.

M. Mariano Castex, recherchant simultanément les signes de Guëmes et de Babinski chez onze malades paraplégiques ou hémiplégiques, a obtenu des résultats concordants dans 9 cas.

IX. — *Sur un cas de tumeur du cervelet.* — M. Mariano Castex communique un cas de fibrosarcome de l'hémisphère cérébelleux droit (avec autopsie) chez un homme de vingt-cinq ans ayant présenté le syndrome cérébelleux : céphalalgies, vomissements, neuro-rétinite hémorragique double avec atrophie optique au début, hypotonie des extrémités, abolition des réflexes tendineux, ataxie cérébelleuse plus accentuée du côté droit, adiadococinésie du membre supérieur droit. La ponction lombaire n'avait révélé d'autre signe qu'une forte hypertension du liquide céphalo-rachidien. Ce cas suggère à l'auteur les réflexions suivantes. Dans tous les cas de vomissements sans étiologie précise, il est nécessaire d'examiner le fond de l'œil. L'examen de la station et de la marche est très important pour le diagnostic précoce des tumeurs cérébrales. La ponction lombaire, dangereuse dans les tumeurs cérébrales, exige beaucoup de prudence, et la ponction cranienne lui est infiniment préférable. La seule thérapeutique efficace est l'intervention chirurgicale préparée par un diagnostic précis de siège et de nature.

X. — *Un cas d'hydrocéphalie idiopathique primitive.* — M. Mariano Castex rapporte un cas d'hydrocéphalie idiopathique tardive chez un garçon de treize ans sans autres antécédents qu'une certaine apathie psychique. Le malade, très obnubilé au point de vue mental, présentait une amaurose presque complète par œdème papillaire double et atrophie optique, un léger strabisme divergent de l'œil droit avec parésie des muscles oculo-moteurs lévogyres, une déviation légère de la langue vers la gauche, de la douleur occipitale gauche spontanée et provoquée (percussion du crâne), des vomisse-

©BIUM

ments, des troubles sphinctériens; dans les extrémités, impotence musculaire, hypotonie, ataxie statique, marche impossible, réflexes patellaires exagérés. Réaction positive à l'injection de 0 gr. 0002 de tuberculine. La ponction lombaire, indiquée par les signes d'hypertension intracranienne, ne fournit que très peu de liquide céphalo-rachidien normal et sans bacilles de Koch. La ponction cranienne ne put être pratiquée. L'affection, qui avait débuté deux mois auparavant, évolua progressivement et rapidement vers la mort, malgré le traitement mercuriel. L'autopsie révéla comme unique lésion une hydrocéphalie interne notable. Pas d'examen histologique.

M. Castex estime que l'hydrocéphalie primitive peut être différenciée de l'hydrocéphalie secondaire par l'anamnèse, et des méningites séreuses par la ponction lombaire. Le diagnostic différentiel avec les tumeurs cérébrales se fait par la forme et le volume du crâne, les rémissions de longue durée dans l'évolution, l'absence de phénomènes en foyer, le liquide céphalo-rachidien normal. La ponction lombaire a une grande valeur thérapeutique. La ponction directe des ventricules, nécessaire quand la communication cranio-rachidienne est interrompue, n'agit plus efficacement, parce que trop tardive, quand il existe déjà une atrophie nette de la papille.

L. Arsimoles.

Société clinique de médecine mentale.

Séance du 16 *novembre* 1912.

I. — *Le cocaïnisme collectif, son développement à Montmartre. Présentation de malades.* — MM. *Briand* et *Vinchon* présentent 4 malades entrées à l'admission à la suite de non-lieu : ces malades sont toutes des priseuses de cocaïne. L'une d'elles présente à l'heure actuelle les symptômes de la paralysie générale, 2 sont sevrées, une est en voie de sevrage. Ces malades sont intéressantes : 1° parce qu'elles ne correspondent pas toutes au type clinique décrit; les troubles de la sensibilité générale dominent, mais parfois la sensation de vers entre « cuir et chair » peut manquer. Les hallucinations et les illusions sont variables : elles semblent plutôt des souvenirs évoqués avec une intensité singulière. Les interprétations délirantes sont nombreuses et suivies de réactions constamment semblables : querelles de femmes entre elles (jalou-

©BIUM

sie) et disputes avec les chauffeurs de taximètres où les cocaïnomanes aiment particulièrement à priser le poison. L'anesthésie cutanée est variable, elle est parfois localisée aux extrémités, d'où maladresse et pseudo-incoordination.

Les auteurs n'ont pas retrouvé les accidents convulsifs classiques, mais seulement du tremblement à des degrés divers.

L'affaiblissement intellectuel est parallèle à l'affaiblissement physique. L'irritabilité est excessive, des idées délirantes trop frustes n'ont pas permis de reconstituer un délire. L'état de besoin est hâtif et apparaît parfois au deuxième jour; il est moins impétueux que dans la morphine, peut-être parce qu'il n'y a pas lutte à cause de l'aboulie des cocaïnomanes. Ceux-ci viennent rarement d'eux-mêmes se faire sevrer;

2° Toutes ces malades appartiennent au même milieu, intéressant parce qu'il est bien plus sincère que les milieux littéraires, c'est celui des femmes de Montmartre. Le milieu présente toutes les conditions requises pour le développement de la contagion mentale. On a pu y observer ces individus doués de prestige dont parle Tarde, individus dont l'action sur la masse est complexe, comme l'a signalé cet auteur.

Aujourd'hui, des poursuites sont commencées à la suite des plaintes, mais l'action de la justice sera toujours entravée parce que les victimes elles-mêmes ont intérêt à faire continuer la vente du toxique. Les parents n'ont que la ressource d'intenter des actions civiles aux vendeurs de poison. Tout le monde sait combien cette procédure est semée d'embûches.

II. — *Un cas de cocaïnisme nasal. Présentation de malade.* — M. *Provost* (service de M. Toulouse) montre une femme cocaïnique de Montmartre. Cette malade fait suite aux malades présentées par MM. Briand et Vinchon. En dehors des symptômes signalés précédemment, on trouve ici une excitation motrice assez prononcée, des hallucinations spéculaires et, après une période d'excitation sexuelle qui dura six mois, une frigidité complète. Au cours d'un voyage à Genève, après une suppression brusque du toxique, cette personne présenta des hallucinations visuelles et auditives, et cela pendant quinze jours, durée de son voyage. Notons que, dès son arrivée à l'asile, la malade, qui prisait sa cocaïne, remplaça ce produit par du tabac.

Les renseignements généraux qu'elle fournit coïncident en tous points avec ceux que donnent les malades de MM. Briand

©BIUM

et Vinchon au sujet de l'épidémie relativement récente du cocaïnisme à Montmartre.

III. — *Le cocaïnisme collectif. Présentation de deux malades.* — M. *Beaussart* (service de M. Colin) présente deux malades, l'un musicien à Montmartre, morphinique et cocaïnique, l'autre marchand de cocaïne à Montmartre, dégénéré interné après escroquerie. Ces malades fournissent des renseignements sur le mode de début, de propagation, sur la topographie, les particularités du cocaïnisme dans ce quartier de Paris.

C'est une véritable industrie qui s'est développée dans ce milieu tout spécial. Dans certains établissements, la vente a lieu couramment et, pour ainsi dire, ouvertement à partir de certaines heures. En dehors de ces établissements, des commerçants, des marchandes à la toilette, un charbonnier même se livrent à la vente de la cocaïne.

M. Beaussart termine sa communication en décrivant une complication fréquente du cocaïnisme, la perforation de la cloison nasale qui survient chez un grand nombre d'intoxiqués, soit qu'ils prisent la cocaïne en poudre, soit qu'ils s'introduisent dans le nez des tampons d'ouate imbibés d'une solution de cocaïne.

IV. — *Crises conscientes et mnésiques d'épilepsie convulsive. Présentation de malades.* — MM. *Marchand* et *Petit* présentent une maladie épileptique chez qui on observe, à côté de crises convulsives à caractères classiques, des crises atypiques qui diffèrent des premières par la conservation de la conscience pendant l'accès et la persistance consécutive des souvenirs. La malade assiste à ses convulsions sans pouvoir les arrêter, se trouve dans l'impossibilité de faire le moindre mouvement volontaire. Elle éprouve enfin la sensation que son cerveau bouillonne et va éclater. Aucun autre trouble sensoriel.

V. — *Les rémissions dans la démence précoce. Présentation de deux malades.* — M. *Leroy* présente deux malades atteintes de démence précoce avec rémissions. La première est une jeune fille de vingt-huit ans, héréditaire, qui fait à vingt et un ans une fugue suivie de délire polymorphe hallucinatoire. Internée dans un asile de province, elle tombe dans un état d'apathie et d'indifférence totales. Elle est transférée ensuite à Ville-Evrard, où elle reste six ans dans ce même état. Au bout de ce temps, la malade se montre progressivement plus active, moins indifférente en milieu et s'améliore suffisamment pour pouvoir rentrer

©BIUM

dans sa famille. Elle reste cependant apathique avec des troubles de la mémoire. La rémission est incomplète.

La deuxième malade est plus complexe. C'est une femme de trente-quatre ans qui fait à dix-sept ans un premier délire hallucinatoire avec idées de persécution. Elle guérit au point de reprendre pendant douze ans ses occupations. A vingt-neuf ans, nouveau délire sous forme d'accès maniaque. A trente et un ans, nouvel accès sous forme de mélancolie avec demi-stupeur et inhibition. On peut penser à une folie intermittente, mais l'évolution de la malade montre qu'on a affaire à une démence précoce caractérisée actuellement par de l'apathie, de l'indifférence, des stéréotypies. Cette question des rémissions dans la démence précoce est des plus intéressantes ; elle explique les pseudo-guérisons en cas de rémissions complètes et de longue durée et les difficultés du diagnostic d'affaiblissement intellectuel.

VI. — *Affaiblissement intellectuel localisé à la mémoire chez une épileptique. Présentation de malade.* — MM. *Petit* et *Livet* montrent une épileptique de vingt-six ans, qui a présenté depuis l'âge de onze ans des crises convulsives très fréquentes, remplacées actuellement par des équivalents psychiques conscients et mnésiques (crises de désespoir avec idées de suicide); on observe des troubles très marqués de la mémoire consistant en dysmnésie d'évocation rétrograde, paramnésie de localisation dans le temps des souvenirs conservés, dysmnésie antérograde ou de fixation actuelle. Ces troubles de la mémoire, qui persistent encore actuellement, bien que les crises convulsives aient disparu depuis cinq mois sous l'influence du traitement déchloruré, paraissent liés à un affaiblissement intellectuel définitif mais électif, portant sur la conservation, le rappel et la localisation. L'atteinte grave des fonctions mnésiques contraste singulièrement chez cette malade avec la conservation des fonctions syllogistiques et éthiques qui semblent à peu près intactes.

VII. — *Un enfant arriéré : considérations physio-pathologiques. Présentation de malade.* — M. *Raoul Dupuy* dans la présentation d'un enfant arriéré avec apathie psycho-motrice, ayant une luxation congénitale de la hanche et des malformations rachitiques, fait l'exposé de la physio-pathologie de certains cas d'arriération. Il constate que son malade est un hypotendu, un rétentionniste, un auto-intoxiqué, dont l'état nécessite tout d'abord un traitement médical tel que l'opothérapie

©BIUM

endocrinienne d'une préparation à déterminer, massage, gymnastique, hydrothérapie. Il dit enfin l'intérêt qu'il y aurait à créer des établissements intermédiaires entre l'asile et l'école où les enfants arriérés seraient traités, instruits, éduqués, et où ils pourraient apprendre un métier.

VIII. — *Bouffée ambitieuse à l'occasion de faits exacts chez un intermittent et délire ambitieux chez une dégénérée. Présentation de malades.* — MM. *Briand* et *Fillassier* présentent deux malades qui font l'un et l'autre un délire ambitieux sur un fonds mental différent.

Le premier malade, dégénéré, persécuté, ambitieux, inventeur, interné deux fois, revendique chaque fois une origine illustre. Il semble que ses revendications reposent sur des faits exacts; mais à l'occasion de chaque bouffée, ils prennent par la disposition de l'auto-critique, une importance extrême qui alimente un délire.

La deuxième malade, au contraire très débile, imagine de toutes pièces, et à la faveur de lectures accidentelles, un délire ambitieux, pauvre, puéril, où tout est imaginé, invraisemblable et contradictoire.

Tous deux cependant peuvent réagir avec une égale énergie et l'internement s'impose. Les auteurs indiquent à cette occasion combien il est souvent difficile, dans les récits des malades, de faire la part de la vérité et du délire.

IX. — *Dessins curieux de déments précoces. Présentation de dessins.* — MM. *Marie* et *Pailhas* (d'Albi) montrent deux séries de dessins curieux de déments précoces. Il s'agit surtout de dessins géométriques ou d'application de la géométrie à la perspective. Les paysages se ramènent tous à des courbes, cylindres ou troncs de cônes. C'est de l'anticubisme, le cône opposé au cube.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Das Erkenntnissproblem und seine kritische Lösung (Le problème de la connaissance et sa solution critique); par le Dr Berthold Kern; 1 volume in-8°, Berlin, August Hirschwald, 1910.

J'ai déjà présenté aux lecteurs des *Annales* un précédent ouvrage de M. Berthold Kern (1) sur la nature de l'âme et de la vie, philosophie de la pensée, qui aide à comprendre le nouveau travail du même auteur. Je rappelle que le système métaphysique de celui-ci est l'idéalisme critique.

Le présent ouvrage a pour but de répondre à la question : Comment peut-on expliquer la connaissance et en constituer la théorie? Après avoir étudié le développement historique du problème de la connaissance et constaté l'insuffisance des solutions proposées, il faut examiner le contenu de cette connaissance tel que notre expérience nous le fournit. Nous constatons une apparence de dualisme de notre connaissance, suivant qu'il s'agit de données sensorielles ou de données fournies par un travail ultérieur de la pensée. En réalité, il n'en est rien, car la sensation est déjà de la pensée (Denken). Notre connaissance est donc une. Elle est, d'un bout à l'autre, une description de ce que nous saisissons et retenons de la réalité à l'aide de nos concepts. Notre seul procédé de connaissance est le concept, qui décrit la réalité dans son vrai sens et qui s'adapte de plus en plus à l'objet que notre connaissance veut saisir; ainsi, celle-ci se transforme de subjective en objective, et notre disposition intellectuelle, tout comme notre organisation corporelle, devient, par le développement de l'humanité, un résultat de la connaissance et de son objet. L'espace et le temps sont des concepts qui permettent l'objectivation impersonnelle d'une partie de notre expérience. A l'aide de tous nos concepts, nous saisissons directement la réalité, et la chose en soi (das Ding

(1) *Annales médico-psychologiques*, 9e s., t. VI, septembre-octobre 1907, p. 328.

©BIUM

an sich) de Kant disparaît, car elle n'est qu'une copie sans contenu conceptuel (begriffslose) des choses de notre expérience. Mais qu'est-ce qui permet d'affirmer la validité générale de la connaissance? La théorie de l'évolution montre que l'objet de la connaissance est le fruit de l'expérience. De la dépendance de notre pensée vis-à-vis de l'objet de la connaissance, découlent l'objectivité, la validité générale et l'homogénéité de toute pensée, quelle qu'en soit l'origine. Mais encore, qu'est-ce que la réalité?

Pour répondre, il faut d'abord viser des problèmes moins élevés, et essayer de résoudre celui-ci, qui mènera au but : quelle relation y a-t-il entre l'âme et le corps? Or, l'expérience nous apprend que, dans le cerveau, les processus conscients et les inconscients, c'est-à-dire purement organiques (car il n'y a pas d'inconscient conscient), peuvent se changer les uns dans les autres. « Il n'y a pas seulement coordination, parallélisme, dit M. Berthold Kern, mais il y a transformation. » D'où il suit qu'entre processus spirituels et corporels, il n'y a pas opposition mais égalité de nature. La seule différence entre eux gît dans le concept d'espace, qui s'applique seul aux seconds. C'est au fond un seul et unique processus, que nous décrivons tantôt comme physique et dans l'espace, tantôt comme psychique et conscient en le rapportant au moi. Donc, l'âme et le corps sont identiquement de même nature. On pourrait traduire intégralement la psychologie par une physiologie du cerveau. Mais c'est parce que cela nous est plus facile que nous employons le langage psychologique aussitôt que nous sommes arrêtés par des difficultés.

Ne voyons-nous pas que les mathématiques se servent d'un artifice analogue en appliquant à la solution de problèmes de géométrie des méthodes où l'emploi de l'espace est supprimé complètement? Ce point de vue permet de concilier notre propre « expérience » (Erlebnis) avec la théorie. Notre volonté meut nos membres, croyons-nous; cela veut dire que nous changeons simplement de points de vue et de concepts : l'action réciproque du physique et du psychique, ce n'est pas autre chose qu'un échange de concepts.

Toutes ces considérations doivent nous permettre de bâtir un système de la connaissance. Mais que faut-il entendre par connaissance, quelle en est la valeur générale, à quoi servent ces considérations?

Il est bien entendu que nous posons d'abord un axiome, à

©BIUM

savoir qu'il y a une réalité indépendante de notre pensée individuelle, cela est compris dans le concept de la connaissance. Sans cela, connaissance voudrait dire représentation subjective. Et le rapport entre ces deux concepts est, par suite, aussi un problème. Toute notre connaissance n'est qu'un ensemble de concepts qui aboutissent à la description systématique de la réalité, même sous forme de lois. L'explication du monde n'est qu'une autre forme de la connaissance, forme qui se change insensiblement dans la première. Cette explication coordonnée part de la sensation pour échafauder un système qui, à force d'opérations de la pensée, s'éloigne de plus en plus de la réalité. Qu'est-ce qui nous assure de la concordance finale avec celle-ci? D'abord, la sensation est pensée, et ensuite la pensée est le résultat, le produit de la réalité. Notre connaissance établit un pont entre le sujet et l'objet, et ce pont, on peut se fier à lui pour supporter la vérité, fondé qu'il est sur l'expérience. Bien plus, ce pont n'existe pas : sujet et objet ne sont que des façons différentes de considérer la réalité; ils constituent la même réalité. Mais pourquoi cette différence entre les deux? Pourquoi concevons-nous une partie de la réalité avec l'aide du concept matière et l'autre sans? J'avoue ne pas comprendre très bien l'explication, qui ne me paraît pas en être une, que donne M. Berthold Kern. Le fait est que, s'il n'y avait que de la matière, nous existerions tout de même, il y aurait la réalité, mais il n'y aurait pas la pensée; s'il n'y avait que de la pensée, il n'y aurait que le contenu de la connaissance. Les deux coexistent, de même que le contenu de la connaissance et le contenu de la réalité coexistent.

Le système critique de la connaissance est un système logique et non psychologique; il ne s'agit pas, dans la théorie de la connaissance, de chercher quel est le contenu des concepts, mais d'étudier les concepts eux-mêmes; il ne s'agit pas de la science ni de la philosophie, mais de la signification des concepts, de leurs rapports entre eux et avec la réalité. Ces concepts constituent la réalité, concepts qui, seulement dans l'acte de la connaissance, passent du côté du moi qui les reconnaît et deviennent ainsi d'objectifs subjectifs.

Mais on peut se demander : « Quel est le en soi de la réalité? » Autrement dit, c'est la question de la nature du monde. Nous admettons d'ailleurs qu'il n'y en ait qu'un. Notre conception du monde comprend tout l'être et le devenir pensables dans un concept général d'ensemble (Inbegriff). Pen-

©BIUM

sable coïncide avec être objet, c'est-à-dire avec être ou fait (Geschehen). Les systèmes comme le matérialisme et l'idéalisme qui considèrent l'être, l'un comme tout matériel, l'autre comme tout subjectif, sont incomplets. Ce n'est que dans un système *critique* de la connaissance que ces deux conceptions du monde peuvent entrer pour se compléter mutuellement; la conscience est un concept produit par notre expérience. Au-dessus de toute conscience, il y a le contenu du monde (Welt-inhalt), réalité indépendante de chaque pensée subjective; c'est aussi de cette réalité que nos concepts de connaissance tirent leur origine, c'est par elle qu'ils sont dictés sans aucune infidélité (ohne dass sie jene Wirklichkeit übertünchten).

Jusqu'à présent, M. Berthold Kern a examiné les rapports qu'il y a entre la connaissance, partie du processus de la réalité et l'ensemble de la réalité, et ce du point de vue de la connaissance. Il reste à l'examiner du point de vue de la réalité. La relativité des concepts joue ici encore le rôle capital (déjà à plusieurs reprises l'auteur avait insisté sur cette relativité). « En plaçant le système de la connaissance au-dessus des conceptions du monde, en jugeant celles-ci en partant de celle-là, c'était au point de vue subjectif. Plaçons-nous maintenant au point de vue de l'objet, c'est-à-dire de la réalité entière, alors la première question à poser est : quelle est la constitution de cet objet indépendamment de notre connaissance? Cette question résolue, c'est alors que nous pourrons connaître complètement l'essence (Wesen) de notre connaissance et en dépendance cette fois-ci de la conception du monde. Ceci aboutirait à un ordre vicieux, s'il n'y avait pas moyen de réunir sous un même point de vue la connaissance et son objet. » Et ce point de vue est celui-ci : la connaissance et la réalité sont constituées par des relations de même nature; la connaissance est une partie de la réalité et de la même nature. Ce sont les relations qui sont le fond premier de la réalité (Ursprüngliches und Reales); elles constituent un ensemble coordonné de faits (ein einheitlicher Zusammenhang). La connaissance est vraie et son contenu correspond dans son essence (Wesen) exactement à « l'en soi » de cette réalité, de laquelle nous sommes une partie et dont nous connaissons l'essence sans aucun intermédiaire dans notre propre essence. Il n'y a pas de place dans ce système pour la métaphysique et la transcendance, car il repose tout entier sur l'expérience (Erfahrung), la logique et la critique. Cette philosophie part de l'expérience subjective pour

©BIUM

aboutir à la connaissance objective. Cela est légitime puisque l'esprit humain enferme en lui la même essence que le monde (der menschliche Geist trägt das Wesen der Welt in sich). Nous n'avons qu'à saisir et suivre les liens qui nous relient au tout et ses parties, pour concevoir et comprendre le tout par nous-mêmes. De nous au monde et du monde à nous, c'est dans ce va-et-vient que naît notre connaissance. Les lois de notre pensée sont les lois de la réalité et l'unité intérieure du monde fait que cette connaissance ne peut avoir de limites.

Je ne sais si j'ai toujours bien compris ni toujours bien rendu la pensée de l'auteur. Mais j'ai pris grand intérêt à la lecture de ce nouveau volume, parce qu'il m'a semblé y trouver une tentative pour nous débarrasser de la métaphysique tout en en faisant; cela nous amènera un jour, je l'espère, à nous en débarrasser complètement en n'en faisant plus.

PH. CHASLIN.

Vingt-cinq siècles de médecine. Discours prononcé, le 17 octobre 1911, à l'Université de Neuchâtel, par le Dr Auguste Chatelain, professeur à la Faculté des sciences. Broch. in-8°. Neuchâtel, imprimerie Attinger frères, 1911.

Comme de nombreuses universités étrangères, l'Université de Neuchâtel, en Suisse, choisit tous les ans son recteur. L'élu, pour l'année scolaire 1911-1912, a été notre savant collaborateur, le Dr A. Chatelain, ancien médecin-directeur de l'asile de Préfargier. Cet honneur était bien dû à son vaste savoir et aux services signalés que, depuis de nombreuses années, il rend dans la chaire qu'il occupe à la Faculté des sciences.

Le premier devoir d'un recteur est de prononcer un discours à la séance solennelle de rentrée des Facultés, à laquelle assiste toujours un auditoire choisi. M. Chatelain était admirablement préparé à cette tâche délicate. A la fois savant et littérateur, il sait mettre du charme dans l'expression de ses idées; à l'occasion, il assaisonne son style si clair, si approprié au sujet traité, de quelques grains de cet humour dont il semble avoir dérobé le secret à son compatriote Töppfer.

Toutes ces qualités se retrouvent dans son remarquable discours d'inauguration. Médecin, il ne pouvait parler que de médecine en une occasion aussi solennelle, et il le fit en un lan-

©BIUM

gage élevé et avec une érudition des plus étendues. Il peint à grandes fresques vingt-cinq siècles de médecine, mettant surtout en pleine lumière le point de départ et le point d'arrivée, la période hippocratique et la période scientifique, celle qui a vu naître l'observation clinique et celle qui caractérise le XIXe siècle, c'est-à-dire l'application des procédés scientifiques les plus exacts et les plus précis à cette même observation clinique.

M. Chatelain est plein de foi dans les progrès futurs de notre art ; il n'en admire que plus ceux qui ont contribué dans le passé à préparer par leur labeur incessant le but auquel nous sommes parvenus, et qui n'est que le prélude de nouveaux progrès. Aussi dit-il quelque part : « Au risque de me faire lapider, je ne puis m'empêcher de penser que l'étude du passé, soit de l'histoire de la médecine, ouvrirait à l'étudiant l'esprit, bien plus utilement que l'algèbre ou les équations à plusieurs inconnues. Malheureusement, cette étude est de nos jours si négligée, que sur les cinq facultés de médecine des universités suisses, une seule, celle de Genève, a un cours sur cette importante matière. »

La même remarque s'applique à la France. Chez nous aussi, sur six facultés de médecine, il n'y en a qu'une, celle de Paris, qui possède une chaire d'histoire de la médecine, et l'on sait qu'elle n'a jusqu'ici pu trouver un titulaire qui s'y attache réellement. Elle n'est considérée que comme une chaire de passage ; on la prend en attendant une autre plus conforme à ses goûts et à ses aptitudes. Quand écherra-t-elle enfin à un véritable historien de la médecine, qui fera du succès de son enseignement le but de sa vie?

En attendant cet heureux jour, bien lointain encore, remercions les médecins qui, comprenant et admirant les efforts du passé pour préparer l'avenir, se font les historiens de notre art. Eux aussi sont de bons ouvriers de la médecine et méritent qu'on les loue. Notre distingué collègue, M. Chatelain, est de ceux-là. J'ai grand plaisir à le dire et à recommander la lecture de son discours à tous ceux qui s'intéressent à l'histoire de l'évolution de la médecine.

ANT. RITTI.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêtés de novembre 1912 : M. le Dr Brunet, directeur-médecin de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne), est nommé médecin en chef de l'asile de Bailleul (Nord);

M. le Dr Beaussart, reçu le sixième au concours d'adjuvat de 1912, est nommé médecin adjoint de l'asile de La Charité (Nièvre);

M. le Dr Tissot, médecin adjoint de l'asile de Dury-les-Amiens (Somme), est nommé directeur-médecin de l'asile d'Auch (Gers);

M. le Dr Bécue, médecin en chef de l'asile de Montpellier, est nommé médecin en chef de l'asile d'Orléans (poste créé);

M. le Dr Barbé, chef de clinique de la Faculté et médecin adjoint de l'asile Sainte-Anne, est promu à la 2e classe de son grade (3.500 fr.);

M. le Dr Dezwarte, médecin en chef de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle), est promu à la 2e classe de son grade (7.000 fr.);

M. le Dr Chevalier-Lavaure, directeur-médecin de l'asile d'Auch, est nommé médecin en chef de l'asile de Montpellier.

— *Mouvement dans les services d'aliénés des hôpitaux de Paris* : M. le Dr Nageotte, médecin de Bicêtre, passe à la Salpêtrière, en remplacement de M. le Dr Deny, arrivé à la limite d'âge et nommé médecin honoraire de la Salpêtrière;

M. le Dr Maillard, médecin suppléant de la Salpêtrière, est nommé médecin titulaire à Bicêtre;

M. le Dr Camus, médecin-suppléant à Bicêtre, passe à la Salpêtrière en la même qualité;

M. le Dr Barbé, nommé au dernier concours, est nommé suppléant de Bicêtre.

CIRCULAIRE MINISTÉRIELLE A PROPOS DES ASILES SPÉCIAUX

Le ministère de l'Intérieur a adressé à MM. les préfets la circulaire suivante :

L'article 2 du texte relatif à la réforme de la loi sur les aliénés votée par la Chambre des députés dispose notamment :

« Les asiles publics doivent comprendre, à défaut et dans l'attente d'asiles spéciaux, des quartiers annexes ou des divi-

©BIUM

sions pour les épileptiques, les alcooliques, les idiots et les crétins.

« Les alcooliques, les épileptiques, les idiots et les crétins continueront à être admis dans des asiles d'aliénés en attendant l'ouverture d'asiles spéciaux.

« Dans un délai de dix ans, les départements doivent ouvrir des établissements spéciaux ou des sections spéciales destinés au traitement et à l'éducation des enfants idiots, imbéciles, arriérés, crétins et épileptiques et au traitement des buveurs. Plusieurs départements pourront se réunir pour créer ces établissements ou sections. »

Je vous prie de vouloir bien me faire connaître, pour votre département, à combien de malades de ces diverses catégories cette disposition paraît devoir s'appliquer.

Le Ministre de l'Intérieur,
STEEG.

L'HÔPITAL DE LILLE POUR LES MALADIES MENTALES CURABLES

Le 1er octobre, s'est ouvert à Lille l'hôpital psychiatrique d'Esquermes. Cet établissement n'est encore, actuellement, qu'une clinique dépendante de la Faculté de médecine, mais bientôt il recevra tous les malades du département du Nord atteints de troubles mentaux et placés d'office. Le but de l'hôpital d'Esquermes sera d'établir, autant que possible, une sélection entre les malades curables et ceux susceptibles de passer à la chronicité. Les premiers seront conservés dans l'établissement pour y recevoir des soins hospitaliers, les autres seront, soit immédiatement, soit après six mois environ d'observation, dirigés sur les asiles de Bailleul et d'Armentières. Une petite maison de santé, destinée aux malades payants des deux sexes, est annexée à l'hôpital-clinique, afin d'aider à en couvrir les frais.

L'hôpital psychiatrique d'Esquermes est dû à l'initiative du professeur Combemale, doyen de la Faculté de Lille, et sa réalisation est l'œuvre du Conseil général du Nord, en particulier de MM. Jules Sirot et Vancauwenberghe. Cependant, l'innovation ainsi conçue a eu et compte encore, dans le Nord, des adversaires résolus, parmi lesquels il faut citer le Dr Dron, député et président de la Commission de surveillance des asiles. M. Dron oppose les deux objections suivantes qui ont quelque valeur : 1° le passage très regrettable des asiles de Bailleul et Armentières à l'état d'*hospices de chroniques*; 2° au point de vue financier, la résistance des municipalités, car le traitement à Lille reviendra sensiblement plus cher, pour le département et les communes, qu'à Bailleul et à Armentières.

L'hôpital d'Esquermes a néanmoins les plus grandes chances

©BIUM

de s'organiser et de se développer, car l'idée directrice est bonne et répond à une nécessité de la psychiatrie moderne. Mais les deux objections précédentes, notamment la seconde, rendront l'organisation lente et ajourneront à plusieurs années le complet épanouissement de l'œuvre.

Le professeur Raviart, agrégé à la Faculté, est chargé des fonctions de médecin en chef. Il a doté l'établissement du confort, des commodités et des moyens d'étude en rapport avec les progrès accomplis. Notre très distingué confrère, fidèle à l'opinion qu'il a toujours défendue, s'est opposé à la nomination d'un directeur-administrateur et a fait adopter le mode d'administration des hôpitaux ordinaires. L'administration est ainsi confiée à un *économe responsable*, subordonné au médecin en chef. M. Raviart sera secondé par un chef de clinique, un médecin-assistant et six internes, recrutés autant que possible parmi les internes des hôpitaux. Raviart pense, en effet, avec raison que le futur psychiatre ne saurait plus se passer de fortes connaissances en médecine générale et en chirurgie. L'internat spécial est désastreux lorsqu'il sert à consacrer un médecin ignorant de l'auscultation ou de la réduction des fractures.

L'hôpital psychiatrique d'Esquermes sera le premier établissement français de ce genre. Malgré le bien-fondé de certaines objections, on ne peut que féliciter ceux qui l'ont conçu. C'est un bel exemple donné à l'assistance française par un département précieux à notre nation et dont l'esprit logique et laborieux se prête aux réalisations pratiques.

Le grand encombrement des asiles du Nord porte à croire que les deux cents lits d'Esquermes ne soustrairont à Bailleul et à Armentières qu'une partie de leur effectif curable. Les malades aigus pourront, néanmoins, bénéficier des avantages thérapeutiques que procure la ville, de la proximité des spécialistes. La chaire de clinique psychiatrique, les laboratoires et l'hôpital seront ainsi réunis pour assurer simultanément l'enseignement et le traitement actif des malades aigus et subaigus.

H. D.

Les aliénés en liberté (*suite*).

96. *Agression violente.* — Un ancien pensionnaire de l'asile d'aliénés de Clermont (Oise), Charles Boquet, âgé de vingt-huit ans, a tenté de s'introduire, avant-hier soir, dans le pavillon qu'occupe le Dr Thibaud, médecin en chef du service des hommes de cet établissement. Réveillé par les aboiements de son chien, M. Thibaud se mit à sa fenêtre, et, apercevant Boquet qui se glissait dans l'ombre, il tira un coup de revolver en l'air. Le dément entra alors dans une fureur épouvantable. Il enfonça les portes de la maison du médecin et cribla de

©BIUM

pierres les fenêtres du directeur de la maison d'aliénés, le Dr Cacault, demeurant dans une villa contiguë à celle de son confrère. Quatre gardiens et un gendarme intervinrent et maîtrisèrent non sans peine Boquet, qui va être de nouveau interné. (*Le Temps*, numéro du mercredi 20 novembre 1912.)

97. *Tentative d'assassinat.* — On sait que, durant la campagne électorale pour la présidence des Etats-Unis, un individu tira des coups de revolver sur l'un des candidats, l'ex-président M. Roosevelt. Une dépêche de Milwaukee, en date du 23 novembre 1912, nous apprend que cet individu, reconnu irresponsable, a été envoyé dans un hospice d'aliénés.

98. *Suicide à deux.* — On lit dans *le Temps* (numéro du lundi 25 novembre 1912) :

Deux femmes, de mise correcte, s'étaient assises hier, vers 3 heures, sur un banc, en face du Jardin de Paris, aux Champs-Elysées. Elles paraissaient en proie à la plus vive exaltation; un cantonnier de la Ville, M. Radary, qui passait là à cet instant, les entendit échanger les paroles suivantes : « Nous sommes véritablement trop malheureuses; nous avons trop souffert; il faut en finir! » Quelques instants plus tard, deux détonations retentissaient. La moins âgée des deux femmes s'était d'abord tiré un coup de revolver dans l'oreille droite; ayant pris l'arme des mains de la blessée, l'autre l'avait à son tour dirigée contre elle-même et avait fait feu. Le cantonnier Radary avait assisté de loin à cette scène.

Il accourut, et prévint des gardiens de la paix qui transportèrent les deux malheureuses à l'hôpital Beaujon, où M. Chanot, commissaire de police, se rendit pour les entendre. Les blessées se nomment Marie et Léonie Gros, âgées, l'une de cinquante-six ans, l'autre de cinquante ans. Originaires de Nantua, elles étaient descendues à l'hôtel de Normandie, rue d'Amsterdam. Elles ont déclaré au magistrat qu'elles étaient persécutées par les gouvernements français, autrichien et espagnol; elles se considèrent comme les seules vraies et authentiques descendantes de Louis XVII et disent qu'on a voulu à tout prix obtenir d'elles leur renoncement au trône de France. Elles étaient à Paris depuis un an à peine.

Des renseignements recueillis à Nantua sur ces deux déséquilibrées, il résulte qu'elles appartiennent à une excellente famille. Longtemps établies comme modistes à Nantua, les pauvres filles se sont ruinées en cherchant un trésor, caché dans leur maison, aux dires de cartomanciennes. Cette maison fut démolie en pure perte après avoir été fouillée de fond en comble.

Leur état, quoique grave, n'est pas désespéré.

99. *Suicide.* — On télégraphie de Boulogne-sur-Mer au *Petit Journal* (numéro du mercredi 27 novembre 1912) :

©BIUM

Ce matin, à 8 heures, à Saint-Martin-lès-Boulogne, dans une crise, la mère de huit enfants, malade, aux facultés mentales affaiblies, depuis la mort de quatre autres enfants, Marie Deguines, femme Golliot, quarante ans, s'est donné la mort en l'absence de son mari, parti travailler.

La malheureuse sortit dans la cour et, devant sa fille Marie, âgée de treize ans, elle s'ouvrit la gorge à coups de rasoir. La pauvre enfant, terrifiée, courut chercher les voisines, mais les soins furent inutiles : épuisée par le sang perdu, la pauvre mère expira bientôt.

100. *Suicide*. — Une jeune fille de vingt-quatre ans, M^lle^ Tamara Nondolski, étudiante, originaire de Toula (Russie), habitait depuis trois jours boulevard Jourdan, 108, dans un hôtel garni. Atteinte de neurasthénie, elle avait cessé, depuis deux mois, de suivre les cours de la Faculté de médecine. Son état s'aggrava subitement; elle fut sujette à des crises fréquentes. Les propriétaires de l'hôtel, qu'inquiétait l'attitude de leur locataire, lui donnèrent congé. Et cette circonstance mit le comble au désespoir de la jeune femme. Hier, après avoir écrit une lettre à une de ses compatriotes, M^lle^ Nondolski se précipita par la fenêtre de son logement, situé au cinquième étage. Elle a succombé tandis qu'on la transportait à l'hôpital Broussais. (*Le Temps*, numéro du dimanche 8 décembre 1912.)

RÉSUMÉ. — Les *Annales* de 1912 ont publié 100 cas d'aliénés en liberté, recueillis dans divers journaux. Ces aliénés avaient commis, les uns de simples excentricités, le plus grand nombre de véritables crimes : homicides, tentatives d'homicide, menaces de mort; enfin, les suicides, surtout les suicides précédés d'holmicides et de tentatives d'homicide, fournissent comme tous les ans, un contingent des plus sérieux, comme le prouve le tabeau statistique suivant :

Suicides	30
Tentatives d'homicide, agressions violentes, menaces de mort. . . .	29
Homicides et suicides.	28
Homicides	11
Excentricités.	2
Total. . . .	100

Ainsi, sur 100 cas recueillis, il y a 39 homicides — plus du tiers — dont 28 ont été suivis de suicide après accomplissement de l'acte meurtrier. Nous ne parlerons que pour mémoire des nombreuses tentatives d'homicide, des agressions violentes, etc. (au nombre de 29). Ce qui doit surtout nous intéresser, c'est le nombre des victimes faites par ces 100 cas d'aliénés en liberté. D'après le relevé, fait avec soin, il y a eu :

©BIUM

Blessés.	58
Tués.	54
Morts par suicide.	47
Total.	159

Ainsi notre statistique donne 54 personnes tuées par des aliénés en liberté, 58 blessées grièvement dont plusieurs ont succombé ultérieurement, à la suite de leurs blessures; enfin, 47 aliénés se sont suicidés, dont un grand nombre après avoir tué ou blessé grièvement, soit leur femme, soit leur mari, soit leurs enfants ou d'autres personnes de leur entourage.

Comme tous les ans, nous avons enregistré plusieurs cas où les malades ont fait plusieurs victimes. Ces cas sont, cette année, au nombre de 18 : 9 aliénés ont tué ou blessé 2 personnes ; 5 ont fait chacun 3 victimes ; 2, 4 victimes ; 1 en a fait 5 ; enfin, un dernier est arrivé à en faire 14, dont 7 tués et 7 blessés. De telles hécatombes ne devraient-elles pas pouvoir être évitées?

En effet, la plupart de ces crimes commis par des aliénés en liberté l'ont été par des individus présentant depuis un temps plus ou moins long des troubles mentaux, et que, dans leur intérêt même, on aurait dû séquestrer sans attendre une réaction violente. Beaucoup avaient déjà été soignés dans des asiles ou venaient d'en sortir; quelques-uns s'en étaient évadés.

A. R.

LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

Appel de la Ligue nationale contre l'alcoolisme. — L'appel suivant est adressé « aux Françaises », par la Ligue nationale contre l'alcoolisme :

« Le 5 février 1912, la Chambre des députés, par 360 voix contre 156, a voté l'ajournement du projet de loi en préparation depuis quinze ans et récemment voté par le Sénat, qui limitait le nombre des débits de boissons. Ce vote a soulevé dans tout le pays une profonde émotion.

« Dès 1903, l'Académie de médecine s'était prononcée à l'unanimité pour la limitation, et depuis lors l'immense majorité des conseils départementaux d'hygiène, ainsi que d'innombrables sociétés médicales ou de bienfaisance ont protesté contre l'ajournement de cette réforme, la plus urgente de toutes.

« La Ligue nationale contre l'alcoolisme, qui est fière d'avoir provoqué ces manifestations des représentants de l'hygiène, entend faire appel à l'opinion du grand public.

« Elle s'adresse dans ce but à celle qui est particulièrement désignée pour faire entendre sa voix dans ce passionnant débat, parce qu'elle est la grande martyre de l'alcool.

« La femme, gardienne née de ce foyer que l'alcool détruit; la femme, mère de ces enfants que l'alcool jette à la rue; la

©BIUM

femme, qui sait trop, hélas ! ce que l'alcool fait de l'homme, se doit à elle-même, elle doit à la famille française, elle doit au pays tout entier de créer, en faveur de la limitation des débits, un de ces courants contre lesquels les Assemblées n'essayent même pas de lutter.

« A la force occulte et formidable de la distillerie, à ce trust financier redoutable qui tient par le crédit 400.000 cabaretiers et qui, achetant le silence des uns et la complicité des autres, prétend continuer à s'enrichir des souffrances, des larmes et du sang de tant de malheureux, la Ligue nationale, sûre d'être entendue et écoutée, opposera la femme française, incarnation indignée et vengeresse de la conscience nationale.

« En signant en masse la pétition pour la limitation des débits, les femmes décideront de cette première victoire dont dépend le sort des guerres.

« A l'œuvre donc, Françaises, pour le salut de la patrie. »

Cette pétition est signée par MM. F. Riémain, secrétaire général de la Ligue nationale contre l'alcoolisme ; Debove, président de la Ligue nationale contre l'alcoolisme, membre de l'Académie de médecine ; la princesse Murat, présidente du Comité des dames ; Mme Gaston Paris, secrétaire générale du Comité des dames.

On peut se procurer des feuilles de pétition au siège social de la Ligue nationale contre l'alcoolisme, boulevard Saint-Germain, 147, Paris (VIe).

Interdiction de la vente de l'absinthe aux indigènes de la Côte d'Ivoire. — On sait que l'alcoolisme, dont les indigènes sont déjà les victimes, préoccupe également les autorités anglaises et françaises en Afrique occidentale. Une campagne vigoureuse a été poursuivie à ce propos en Angleterre depuis quelques années. Le gouverneur de la Côte d'Ivoire, M. Angoulvant, vient de prendre une initiative qu'on ne saurait trop louer. Un arrêté du 6 novembre interdit, purement et simplement, la vente de l'absinthe aux indigènes de la colonie. En voici le texte :

ART. 1er. — Est formellement interdite, à compter du 1er avril 1913, la vente de l'absinthe aux indigènes.

ART. 2. — Il est également interdit, à dater du présent arrêté, de rémunérer, en tout ou en partie, avec l'absinthe, les services des indigènes, et, d'une façon générale, de leur en distribuer en cadeaux.

L'ALCOOL ET LA FOLIE — A L'ASILE SAINTE-ANNE

Sous ce titre, *Le Temps* du mardi 26 novembre 1912, publie l'article suivant, que nous croyons devoir reproduire :

« Depuis 1867, tous les aliénés de Paris et du département de la Seine sont, avant d'être admis dans les différents asiles,

©BIUM

dirigés sur la clinique de Sainte-Anne, où ils subissent un examen préparatoire. Pour chacun d'eux, un dossier est établi, où sont réunis les certificats des médecins, les faits cliniques observés, les indications fournies par les parents et les amis du malade, etc.

« De cet amas de documents intéressants, M. Magnan, médecin en chef, et M. Fillassier, membre de la Société de médecine, ont dégagé ceux qui sont de nature à fournir un enseignement quant aux effets de l'alcool sur l'individu et sur sa descendance. Les chiffres qu'ils produisent sont singulièrement inquiétants.

« Alors que, de 1801 à 1868, le nombre des femmes admises dans les asiles était supérieur à celui des hommes, la proportion se renverse dès que l'alcool entre dans la consommation courante. Et la quantité des aliénés alcooliques augmente d'année en année avec une rapidité stupéfiante. En 1868, on comptait, sur le total des entrées, 14 p. 100 d'aliénés alcooliques hommes et 1,85 p. 100 d'aliénées alcooliques femmes. On compte, en 1886, 22 p. 100 d'hommes et 5,88 p. 100 de femmes.

« A partir de 1887, on fait entrer dans la statistique non seulement les alcoolisés simples, c'est-à-dire ceux qui doivent leur délire uniquement aux excès de boissons, mais encore les psychopathes, descendant pour la plupart d'alcooliques, et chez lesquels l'alcool n'a été que le coup de fouet qui a mis à découvert leurs conceptions délirantes. On arrive alors à des chiffres vraiment effrayants : en 1888, on note 35 p. 100 d'hommes et 12 p. 100 de femmes; en 1898, les chiffres sont de 41 p. 100 d'hommes et 16 p. 100 de femmes; en 1910, de 47 p. 100 d'hommes et de 20 p. 100 de femmes.

Malheureusement les ivrognes ne sont pas stériles, et les enfants portent longtemps le poids de leur tare originelle. Le Dr Bourneville avait dressé une statistique qui est devenue classique :

« Pour 3.271 enfants entrés dans mon service, disait-il, j'ai noté que 1.156 fois le père avait fait des excès de boissons, 100 fois les excès étaient imputables à la mère, 53 fois à tous deux; 538 fois, il ne fut pas possible d'avoir de renseignements. Les pères et mères des autres enfants étaient sobres. »

« Ces chiffres, écrivent MM. Magnan et Fillassier, sont maintenant au-dessous de la vérité, surtout en ce qui concerne l'alcoolisme de la mère, qui malheureusement devient de plus en plus fréquent; sur 1.000 enfants d'alcooliques, 1/3 environ disparaissent à la naissance ou dans les deux ou trois premières années, et parmi les survivants on compte de nombreux idiots, épileptiques, et beaucoup de dégénérés dénués de sens moral, instinctivement pervers, impulsifs, anormaux, victimes douloureuses de l'alcoolisme des parents. Il suffit de porter les regards

©BIUM

sur le grand groupe des dégénérescences mentales — triste descendance des alcoolisés — pour s'assurer que l'alcoolisme fournit aux quartiers d'hommes des asiles de la Seine les 3/4 de leur population. »

TRIBUNAUX

Condamnation d'un assassin de jeunes filles. — Le 18 mai dernier, un crime horrible était commis à Billy-sur-Oisy, dans la Nièvre. Mlle Rose Moreau, vingt et un ans, y fut assassinée, et la veille, Angelina Delapierre avait été asaillie par un individu qui menaça de l'étrangler. Sans l'arrivée de sa mère, la jeune fille aurait été tuée par le satyre.

L'auteur des deux forfaits, Maurice Copineau, arrêté à Prémery, comparut devant les assises de la Nièvre, le 1er août dernier. Son défenseur réclamant un examen mental, on fit droit à sa requête.

Le Dr Levet, de l'asile départemental, après un long examen, conclut à l'entière responsabilité de Copineau.

C'est dans ces conditions que l'affaire revenait devant les assises de la Nièvre.

L'accusé, dont le visage a une expression mauvaise, est un ancien colonial. Il a de très fâcheux antécédents.

Après plaidoirie de Me Girerd, bâtonnier du barreau de Nevers, Maurice Copineau a été condamné aux travaux forcés à perpétuité. (*Le Temps*, numéro du samedi 23 novembre 1912.)

FAITS DIVERS

Deux pensionnaires de l'asile de Naugeat tués par un éboulement. — On télégraphie de Limoges au *Petit Journal* (numéro du mercredi 4 décembre 1912) :

Un grave accident vient de se produire à l'asile d'aliénés de Naugeat, situé dans la banlieue de Limoges. Cet après-midi, vers 4 heures, dans un immense jardin faisant partie des dépendances de l'asile, plusieurs ouvriers, parmi lesquels se trouvaient quelques malades de l'établissement, étaient occupés à creuser une tranchée destinée à faciliter l'écoulement des eaux ménagères par le tout-à-l'égout, quand soudain se produisit un éboulement. Un malade épileptique nommé Berthot, originaire de la Creuse, fut enseveli sous plusieurs mètres cubes de terre, à 4 mètres à peu près de profondeur. Un autre épileptique, nommé Faye, se porta immédiatement au secours de son camarade, aidé du maître maçon Brady. Mais un deuxième éboulement occasionné par la rupture d'un arbrisseau les ensevelit à leur tour. Le maître maçon, enlisé jusqu'à la ceinture, put se dégager à grand'peine. Mais Faye fut complètement recouvert.

©BIUM

Tous les ouvriers, tous les malades présents tentèrent vainement de le retirer. Alors, bien que ne conservant aucun espoir de retrouver vivants leurs deux camarades, ils se mirent sans perdre une minute à procéder au déblaiement. Mais la nuit était venue. Ils durent travailler à la lueur des torches et des lanternes. Après deux heures d'un travail acharné, on parvint à retirer Berthot, la première victime. Le malheureux avait le thorax écrasé et M. Calmettes, médecin adjoint de l'asile, qui l'ausculta, ne put que constater le décès.

A l'heure où je vous télégraphie, les travaux de sauvetage, auxquels participent les pompiers, munis de leurs projecteurs, se poursuivent dans la nuit. Le corps de Faye, la deuxième victime, n'est pas encore découvert.

PRIX LOMBROSO D'ANTHROPOLOGIE CRIMINELLE

Cesare Lombroso a laissé par testament un prix de 500 francs, qui devra être assigné tous les deux ans et tant que son *Archivio d'Antropologia criminale* continuera à être publié, au meilleur travail ou à la découverte la plus importante dans le champ de l'anthropologie criminelle.

La famille Lombroso a chargé de l'adjudication de ce prix le Comité ordonnateur du prochain VIII[e] Congrès d'anthropologie criminelle; elle en a élevé le montant à 1.000 francs et a nommé son représentant, M[me] D[r] Gina Lombroso-Ferrero.

Le Comité ordonnateur a formulé les conditions suivantes pour les candidats au prix :

A l'occasion du VIII[e] Congrès d'anthropologie criminelle, qui aura lieu pendant l'été 1914 à Budapest, il est institué un prix de 1.000 francs (Prix Lombroso) pour le travail le plus remarquable ou la découverte la plus importante dans le champ de l'anthropologie criminelle.

Les travaux devront être publiés pendant les années 1911, 1912, 1913, 1914. Le prix est international.

Les manuscrits à la machine sont admis; cependant, le payement du prix aura lieu après l'impression.

Il n'est pas nécessaire, mais seulement recommandable, d'envoyer les travaux imprimés à la Commission.

L'assignation du prix aura lieu dans la séance d'ouverture du VIII[e] Congrès international d'anthropologie criminelle.

Le Comité ordonnateur de ce Congrès est composé comme suit :

Professeur Aschaffenburg (Cologne), professeur Balogh (Budapest), professeur Enrico Ferri (Rome), D[r] Hans Kurella (Bonn), D[r] Gina Lombroso-Ferrero (Turin), professeur Sommer (Giessen).

©BIUM

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE IIe VOLUME DE LA DIXIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Chronique.

PAGES

Le VIIe Congrès belge de neurologie et de psychiatrie. — Ypres-Tournai, 28 et 29 septembre 1912; par le Dr Lucien Libert . . 305

II. — Histoire.

Un cas de paralysie générale au XVIIIe siècle; par le Dr A. Cullerre 480

III. — Pathologie.

L'invalidité intellectuelle et morale dans les écoles de Montpellier; par les Drs A. Mairet et E. Gaujoux. . . . . 5 et 162
Un cas de délire d'imagination; par le Dr Lucien Libert. 12
Considérations sur quelques documents concernant l'alcoolisme dans le Finistère (1826-1906); par le Dr Lucien Lagriffe 129
Notes cliniques sur les aliénés gémisseurs; par les Drs J. Séglas et Robert Dubois 324
Sinistrose et psychose à forme confusionnelle; par les Drs A. Rémond (de Metz) et Sauvage. 336
Les accès mélancoliques des obsédés douteurs; par le Dr L. Marchand. 488

IV. — Thérapeutique.

De l'alitement ou clinothérapie dans le service central d'admission des aliénés de la Ville de Paris et du département de la Seine (Asile clinique Sainte-Anne); par le Dr V. Magnan 169

V. — Médecine légale.

Le crime de Roussillon et l'état mental de ses trois auteurs; par le Dr S. Garnier . . . . . 31, 189, 343 et 504

VI. — Législation.

Divorce et aliénation mentale. Les maladies mentales dues au mariage. Le pronostic de l'incurabilité; par le Dr Victor Parant père. 46

©BIUM

PAGES

Divorce et aliénation mentale. Réponse à l'article de M. Parant; par le Dr Trénel 357

Divorce et aliénation mentale. Réplique à M. le Dr Trénel; par le Dr Victor Parant père 519

VII. — Établissements d'aliénés.

Le quartier de sûreté de Villejuif (Aliénés criminels, vicieux, difficiles, habitués des asiles); par le Dr H. Colin. . . 370 et 540

VIII. — Revue critique.

Les thèses de médecine mentale soutenues à la Faculté de Paris pendant l'année scolaire 1910-1911 ; par le Dr R. Dupouy. 203 et 392

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

Séance du 24 *juin* 1912 — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Vlavianos, Lucien Libert, Bajénoff, Del Greco. — A propos du prix Christian : M. Ritti. — Rapport de M. Dupain sur la candidature de M. Vieux-Pernon; élection. — Rapport de M. René Semelaigne sur la candidature de M. Guido Rualta; élection. — Délire systématisé modifié par un état aigu d'excitation maniaque avec hallucinations. Un cas de délire difficile à classer, par MM. M. Klippel et R. Mallet. Discussion : MM. Trénel, Arnaud, Séglas, Mallet, Klippel. — Délire de persécution à base d'interprétations délirantes, traversé par des épisodes hallucinatoires d'origine toxique, par M. A. Vigouroux. Discussion : MM. Trénel, Vigouroux, Arnaud. — La réaction de Wassermann en psychiatrie; sa valeur clinique et médico-légale, par M. Beaussart. 68

Séance du 29 *juillet* 1912. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Klippel, Vieux-Pernon, Guido Ruata, Salerni, Stransky. — Rapport de M. Sérieux sur la candidature de M. Libert; élection. — Démence précoce et folie périodique, par M. Trénel. Discussion : MM. Vigouroux, Deny, Colin, Arnaud, Pactet, Trénel 213

Séance du 28 *octobre* 1912. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Juquelier, Libert, Ossip-Lourié, Porot, Beaussart. — Présentation d'une trousse neuro-psychiatrique, par M. Lagriffe. Discussion : MM. Arnaud, Lagriffe, Delmas, Pactet. — Un cas de démence précoce chez une malade ayant présenté antérieurement des accès de délire intermittent, par M. R. Leroy. Discussion : MM. Vigouroux, Leroy, Trénel, Piéron, Gilbert Ballet, Pactet, Arnaud. 404

Séance du 25 *novembre* 1912. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. le ministre de l'Instruction publique, Semelaigne, Ducosté, Lacroix. — Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire : M. Klippel. — Rapport de M. Capgras sur la candidature de M. Ossip-Lourié; élection. — Rapport de M. Colin sur la candidature de M. Beaussart; élection. — Rapport de M. Semelaigne sur la candidature de M. Porot; élection.

©BIUM

PAGES

— Un acte de vandalisme au Louvre. Etat mental de son auteur, par M. J. Bonnet. — Tabes et mégalomanie. Présentation de malade, par MM. Klippel et Lévy-Darras. Discussion : MM. Gilbert Ballet, Klippel, Séglas, Arnaud. — Deux cas de délire mégalomaniaque survenus chez des tabétiques anciens, par MM. A. Vigouroux et Hérisson-Laparre. Discussion : MM. Gilbert Ballet, Vigouroux, Pactet, Truelle 549

II. — Revue des journaux de médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES (1912).

Trois déments précoces . . . . . 237 et 240
Gangrène symétrique des extrémités 237
Accidents aigus au cours d'alcoolisme chronique ayant simulé la paralysie générale. 238
Accès dépressif avec idées obsédantes. Voyage de Normandie à Paris et auto-accusation. 238
Idées de persécution, fausses reconnaissances, auto-accusations, préoccupations génitales, symbolisme. 238
Anomalies congénitales. Sein supplémentaire 239
Amnésie de fixation et amnésie d'évocation chez un paralytique général. 239
Tumeur cérébrale et psychose de Korsakoff 239
Démence précoce . . . . . 240 et 242
Folie périodique et démence familiale. 240
Syndrome de Cotard et folie périodique. 240
Symbolisme au cours d'un délire de persécution. 241
Paralysie générale et syphilis 241
Deux cervaux d'aphasiques 241
Traumatisme et paralysie générale 242
Délire systématisé et syndrome circulaire 242
Délire et dessins d'interprétation 243
Un cas d'épilepsie larvée. 243
Deux nouveaux cas de paralysie générale chez le chien 243
Démence précoce et ramollissement cérébral. 244
Délire polymorphe. Autopsie. 244
Des maladies nerveuses hérédo-dégénératives, et de l' « aplasie axiale extracorticale congénitale » en particulier 575
Confusion et déficit mental avec amnésie rétro-antérograde par traumatisme cranien dû à un coup de feu 576
Sur un cas rare de paralysie générale progressive 576
Etude clinique d'une aphasie totale 577
Quelques considérations sur les diverses formes de l'encéphalite et la myélite. 577
Sur un cas de cysticercus cellulosæ du cerveau. 578
Sur un syndrome de tumeur cérébrale 578
Nouvelle manière de provoquer le signe de Babinski. 578
Sur un cas de tumeur du cervelet 579
Un cas d'hydrocéphalie idiopathique primitive 579
Le cocaïnisme collectif, son développement à Montmartre . 580 et 582
Un cas de cocaïnisme nasal. 581
Crises conscientes et mnésiques d'épilepsie convulsive 582
Les rémissions dans la démence précoce 582
Affaiblissement intellectuel localisé à la mémoire chez une épileptique 583
Un enfant arriéré : considérations physio-pathologiques 583

©BIUM

PAGES

Bouffée ambitieuse à l'occasion de faits exacts chez un intermittent et délire ambitieux chez une dégénérée 584
Dessins curieux de déments précoces 584

JOURNAUX FRANÇAIS (1909).

(Anal. par le Dr A. ALBÈS.)

Confusion et démence 421
De l'épilepsie chez les déments séniles 421
Paralysie générale et asphyxie symétrique des extrémités 422
Des lésions circonscrites dans la paralysie générale. Etude anatomo-clinique 422
L'alcoolisme symptôme des psychonévroses constitutionnelles . . 422
Les formes atténuées du délire d'interprétation 423
A propos des toxicités urinaires et sanguines en psychiatrie . . 423
Les théories psycho-physiologiques du langage dans l'aphasie et l'aliénation mentale 424
Un cas d'idiotie amaurotique type Tay-Sachs 425
Sur les variétés cliniques de la démence primitive (*dementia præcox*). 425
La céphalalgie dans la démence précoce 426
Apparition simultanée du syndrome catatonique et de l'épilepsie chez la même malade 426
Réflexions sur quelques particularités des troubles moteurs dans un cas de paralysie générale 427
Une observation d'amnésie systématique et localisée consécutive à une crise de phobomanie 427
Une observation d'hémichorée et d'hémiathéose survenue à la suite d'accès épileptiformes chez un paralytique général 428
Un cas de parotidite suppurée au déclin de la paralysie générale. 428
Un cas de boulimie hystérique. Guérison après expulsion d'un tænia imaginaire 428

JOURNAUX ITALIENS (1907-1908).

(Anal. par les Drs L. WAHL et L. LAGRIFFE.)

Sur l'isolement 244
Sur la pellagre expérimentale des poules, particulièrement en ce qui concerne les substances alimentaires et les saisons de l'année . . 245
Observations anatomiques et cliniques sur deux cas que l'on peut classer dans les démences précoces 246
Sur les rapports intimes entre le cerveau et les testicules 247
Sur un repertum négatif d'infiltration péri-vasculaire dans le système nerveux central des lapins alcoolisés 247
Les saisons de l'année et les poisons des champignons 248
Les poisons des champignons pellagrogènes et les saisons de l'année 248
Sur la paralysie spinale spastique 248
Sur un repertum de plasmocytes dans les centres nerveux des lapins intoxiqués pas l'alcool 249
Sur la pathogénèse de l'épilepsie. Recherches expérimentales . . . 250
Sur une singulière attitude du cou qui s'observe dans quelques maladies mentales 251
Sur le pouvoir qu'ont la cholestérine et la substance nerveuse de neutraliser l'hémolyse par la lécithine et par les sérums spécifiques 251

©BIUM

PAGES
Lésions particulières dans un cas de syphilis cérébrale 252
Hydrocéphalie interne et externe. 253
Action du froid et de l'électricité sur le réseau neuro-fibrillaire . . 253
Sur des corps spéciaux à forme naviculaire qui existent dans le vortex cérébral normal et pathologique et sur quelques rapports entre le tissu cérébral et la pie-mère. 254
Sur une forme spéciale de précipitation de divers tissus organiques. 254
Sur un syndrome obscur de tumeur cérébrale 255
L'insulat de Reil et ses rapports avec l'anarthrie et l'aphasie. . . 255
Syndrome catatonique dans l'âge sénile. 256
Influence du carbonate d'ammoniaque sur la marche de l'épilepsie. 256
La pression osmotique du sérum et du liquide céphalo-rachidien dans quelques maladies mentales 257
Recherches sur l'étiologie et l'anatomie pathologique de la chorée gesticulatoire. 257
Coprologie de la folie périodique. Contribution à sa pathogénèse. 259
Sur la pathologie de la démence précoce et sur les phases aiguës qu'on y rencontre 260
Contribution à l'étude de l'infantilisme sexuel par lésions cérébrales. Recherches expérimentales 261
Les aliénés criminels dangereux et la nécessité de les garder dans des instituts spéciaux. 261
Sur l'autonomie de la psychose catatonique aiguë par rapport à la démence précoce catatonique. 202
Recherches électriques sur le sang des malades mentaux 263
La réaction thermique de la ponction cérébrale de Richet. Etude critique et expérimentale 264
Psychopathologie et étiologie des phénomènes psychoneurologiques, 265
Un nouvel hypnotique : le « médinal » dans la pratique psychiatrique. 265
Sur la périodicité des penicilliums verts en rapport avec la pellagre. Anciennes et nouvelles recherches 265
Sur la morphologie de la glande thyroïde chez les aliénés. 266
Sur les altérations de la substance réticulo-fibrillaire des cellules nerveuses dans quelques maladies mentales 429
Contribution à l'étude de l'hypertrichose faciale chez la femme. . 430
Quelques considérations sur la signification des cellules dites à bâtonnets 430
Sur l'anatomie pathologique des centres nerveux dans la démence primitive 431
Contribution à l'étude de l'hystérie masculine 432
Un cas de pseudo-péritonite hystérique. 432
Contribution à l'étude des altérations de la corne d'Ammon chez les épileptiques et de leur signification probable. 434
Contribution à l'étude de la névrose d'angoisse 434
Sur l'akenesia algera. 435
A propos de la paranoïa dite secondaire. 436
Contribution au diagnostic de la névrose traumatique. 437
Contribution à l'étude des altérations histologiques dans l'empoisonnement aigu et chronique par l'alcool. 438
Le bromure de potassium en injection hypodermique 438
Délire et insuffisance hépatique 439
La disposition des sillons et des crêtes qui convergent vers la protubérance occipitale interne dans 33 crânes d'aliénés. 440
Contribution à l'étude des altérations histopathologiques dans l'empoisonnement aigu et chronique par l'alcool 441
Revue, considérations et recherches sur la pathogénie de l'accès épileptique 442
La neurasthénie de Pietro Gordani. 443

©BIUM

PAGES
Sur un cas de rétention prolongée d'urine d'origine hystérique . . 444
Méningo-encéphalise tuberculeuse localisée. Etude clinique et anatomo-pathologique 445

JOURNAUX AMÉRICAINS (1909)

(Anal. par le Dr V. PARANT père.)

Recherches sur les avantages de la thyroïdectomie dans le traitement de la catatonie. 267
Le réflexe du genou dans la paralysie générale. 267
Considérations sur la nécessité d'une meilleure organisation pour le traitement des maladies mentales à leur première période. . . 268
Les psychoses alcooliques dans les asiles d'aliénés 269
Service de névropathes dans les hôpitaux ordinaires 269
Etude clinique avec examen du sang dans deux cas attribués au groupe de la démence précoce. 269
De l'auto-intoxication dans les psychoses dépressives aiguës . . . 270
Revue des connaissances actuelles sur le sérodiagnostic dans la paralysie générale 270
L'Etat et le traitement des aliénés. 271
Hôpital et sanatorium « Am Steinhof » pour maladies mentales et nerveuses à Vienne (Autriche). 271
L'immigration italienne et l'aliénation mentale 271
Les imbéciles à instincts criminels. 272
La tuberculose dans les asiles d'aliénés. 272
Cas de démence précoce. 272
De la folie comme excuse de crime 273
Le témoignage des aliénistes en justice. 273
Etude comparative entre les admissions et les sorties pendant cinq années dans les asiles d'aliénés de Massachusetts 274
L'aliénation mentale à son début et les admissions dites volontaires 274
Aliénation mentale associée à la maladie de Graves 275
Analyse des phénomènes mentaux d'un cas d'hypomanie 275
L'impressionnabilité dans la démence précoce 276
L'hystérie ; ce qu'elle est ; ce qu'elle n'est pas. 276
Psychoses neurasthéniques et psychasthéniques 277
De quelques origines en psychiatrie 277
Epilepsie consciente. 277

III. — Bibliographie.

Assistance et traitement des pellagreux et des alcooliques ; par le professeur G. Antonini (Anal. par le Dr Lagriffe). 99
L'arriération mentale et la démence précoce. « La dyspsychie » ; par le Dr Armand Laurent (Anal. par le Dr Ant. Ritti). 104
L'étude expérimentale de l'association des idées dans les maladies mentales ; par les Drs Aug. Ley et Paul Menzerath (Anal. par le Dr Roger Dupouy).. 106
L'analyse physiologique de la pensée ; par le Dr Edouard Abramowski (Anal. par le Dr Roger Dupouy) 108
Esquisses cliniques de physicothérapie. Traitement rationnel des maladies chroniques ; par le Dr G.-A. Rivière (Anal. par le Dr Roger Dupouy). 109
Les localisations cérébrales. Esquisse médicale et physiologique ; par le Dr Jean Ferrand (Anal. par le Dr Roger Dupouy).. . . . 110

CBIUM

PAGES

Résultats fournis par une enquête médicale personnelle sur des sujets guéris de démence précoce; par le Dr Hans Schmid (Anal. par le Dr Adam). 278
Manuel technique de l'infirmier des établissements d'aliénés ; par les Drs René Mignot et L. Marchand (Anal. par le Dr Adam). 282
La vérité sur Lourdes; par le Dr Rouby (Anal. par le Dr R. Dupouy) 284
Vade-mecum du médecin-expert ; par les professeurs A. Lacassagne et L. Thoinot (Anal. par le Dr R. Dupouy). 285
La psychologie de l'attention; par N. Vaschide et Raymond Meunier (Anal. par le Dr Roger Dupouy). 286
Rapport sur un groupe de 35 enfants débiles, maladifs, chlorotiques et arriérés en enseignement, à l'effet de les améliorer et de renforcer leur état psychique et somatique; par le Dr Ricario Lynch (Anal. par le Dr A. Laurent). 447
Les opiomanes : mangeurs, buveurs et fumeurs d'opium. Etude clinique et médico-littéraire; par le Dr Roger Dupouy (Anal. par le Dr Raoul Leroy) 454
Des internements abusifs. Contribution à l'étude de l'assistance aux aliénés ; par le Dr Frantz Adam (Anal. par le Dr Paul Guiraud) 456
L'imagination; par le Dr Cypriano Giachetti (Anal. par le Dr L. Wahl) 458
Psychophysiologie de la curiosité; par le Dr José Ingegnieros (Anal. par le Dr Arsimoles) 459
La psychologie biologique; par le Dr José Ingegnieros (Anal. par le Dr Arsimoles)- 461
Le problème de la connaissance et sa solution critique ; par le Dr Berthold Kern (Anal. par le Dr Ph. Chaslin) 585
Vingt siècles de médecine; par le Dr Auguste Chatelain (Anal. par le Dr Ant. Ritti). 589

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE . . . . . 111, 287 et 468

IV. — Variétés.

Nominations et promotions : MM. Chèze, Vieux-Pernon, Damaye, Daday, Burle, Charpenel, Clément, Dalmas, Gelma, Naudascher, Pezet, Mignard, Roger Dupouy, Hannard, Mercier, Fouque, Biéry, Bourdin, Meilhon, Gallopain, Marcel Briand, Magnan, Legrain, Trénel, Truelle, Auguste Blanchier, Rémond (de Metz). — Nécrologie : Dr Guibert. — Le martyrologe de la psychiatrie (*suite*). — Concours pour la nomination à deux places de médecin en chef dans les asiles publics du département de la Seine. — A propos de la remise aux aliénés des pièces judiciaires. — Création d'un office central de criminologie. — Mort d'Antoine le guérisseur, apôtre d'une nouvelle religion. — Les aliénés en liberté (*suite*). — Tribunaux. — Prix de la Société médico-psychologique. Années 1913 et 1914. — Concours pour une place de médecin-adjoint du service des aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière. 113
Nominations et promotions : MM. Alombert-Goget, Journiac, Cornu, Danjean, Battini, Paret, Viallon, Kahen, Lévy-Valensi, Collin, Jumentié, Pélissier, Dubranle. — Décret portant réorganisation des asiles autonomes d'aliénés. — Le pavillon Magnan. — Le martyrologe de la psychiatrie (*suite*). — Tribunaux. — Les aliénés en liberté (*suite*). — Faits divers. — VIIe Congrès belge de neurologie et de psychiatrie. Ypres-Tournai, 28 et 29 septembre 1912. 288

©BIUM

PAGES

Nominations et promotions : MM. Masson, Roubinovitch, Briand, Legrain, Trénel, Capgras, Rogues de Fursac, Truelle, Juquelier, Jabouille, Chocreaux, Magnan, Boudrie, Ducosté, Naudascher, Briche, Raviart. — La médaille de 1870 décernée à un médecin aliéniste. — Le fléau de l'alcoolisme. — La lutte contre l'alcoolisme. — Les aliénés en liberté (*suite*). — Tribunaux. — Faits divers. — Prix de la Société médico-psychologique. Années 1913 et 1914. — Concours pour une place de médecin adjoint du service des aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière. . 469

Nominations et promotions : MM. Brunet, Beaussart, Tissot, Bécue, Barbé, Dezwarte, Chevalier-Lavaure, Nageotte, Deny, Maillard, Camus. — Circulaire ministérielle à propos des asiles spéciaux. — L'hôpital de Lille pour les maladies mentales curables. — Les aliénés en liberté (*suite*). — La lutte contre l'alcoolisme. — L'alcool et la folie. Asile Sainte-Anne. — Tribunaux. — Faits divers. — Prix Lombroso d'anthropologie criminelle 591

Table des matières du tome II de la 10e série 601

Le rédacteur en chef-gerant : ANT. RITTI.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.